BOSTON MEDICAL LIBRARY
PURCHASED FROM THE INCOME OF THE
SAMUEL WHEELER WYMAN
MEMORIAL FUND

TRAITEMENT

DES

NEURASTHÉNIQUES

DU MÊME AUTEUR

VOLUMES

Les Timides et la timidité. Librairie Félix Alcan, 1901, 3e édit. 1 vol. in-8°. 5 fr.

L'Attente. P. Ollendorff, édit., 1901, 1 vol. in-16. 3 fr. 50.

Sensations païennes. Librairie Félix Alcan, 1907, 1 vol. in-16. 3 fr.

Physionomie et caractère. Librairie Félix Alcan, 1908, 1 vol. in-8°. 5 fr.

Psychologie des Neurasthéniques. Librairie Félix Alcan, 1908. 3e édit. 1 vol. in-16. 3 fr. 50.

L'Hystérie et les Hystériques. Librairie Félix Alcan, 1910. 1 vol. in-16. 3 fr. 50.

PRINCIPAUX ARTICLES

La Névrose d'angoisse. *Revue de Médecine*, nos 6, 7, 8, 1901.

La Phobie du regard. *Archives de Neurologie*, n° 105, 1904.

Les Émotions de bourse. *Revue philosophique*, août 1904.

La Migraine des arthritiques. *Presse médicale*, 17 janv. 1906.

Variations et Mesure du Tonus musculaire. *Presse médicale*, 20 janvier 1909.

La Base organique de l'Ereuthophobie et son traitement. *Presse médicale*, 25 février 1911.

Comment on mesure le Tonus musculaire avec mon myotonomètre. *Revue de médecine*, 10 novembre 1911.

Les États anxieux. *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, août-octobre 1911.

Un nouveau traitement de l'épilepsie. *Encéphale*, février 1912.

Les Céphalées Musculaires. *Presse médicale*, 14 février 1912.

TRAITEMENT

DES

19036

NEURASTHÉNIQUES

PAR LE

Dr PAUL HARTENBERG

DEUXIÈME ÉDITION

PARIS

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1912

Tous droits de traduction et de reproduction réservés.

1844 Hy
19 F 212

TRAITEMENT

DES

NEURASTHÉNIQUES

AVANT-PROPOS

Dans mon précédent ouvrage, *Psychologie des Neurasthéniques*, je me suis efforcé d'analyser les troubles psychiques, l'état mental, les diverses réactions de ces malades. Je me propose maintenant, dans le présent livre, d'indiquer le traitement, la meilleure marche à suivre pour les soulager et les guérir, d'après les enseignements de mon expérience.

En effet, depuis quinze années que je pratique les maladies du système nerveux, j'ai eu à traiter nombre de neurasthéniques et me

suis trouvé aux prises avec toutes les difficultés que soulèvent ces cures. J'ai donc dû chercher sans cesse à les résoudre, en faisant appel à toutes les ressources de la thérapeutique. C'est ainsi que tous les traitements, anciens et nouveaux, tous les médicaments, tous les agents physiques, je les ai essayés, expérimentés. De toutes ces tentatives, heureuses ou malheureuses, j'ai fini par apprécier à leur valeur chaque procédé, chaque substance, et en même temps, par établir pour moi-même une méthode et une ligne de conduite dans le traitement des neurasthéniques.

Ce sont les résultats de mon expérience que je vais exposer ici, avec l'espoir qu'ils pourront être utiles quelquefois aux praticiens.

CHAPITRE PREMIER

QU'EST-CE QU'UN NEURASTHÉNIQUE?

Avant d'entrer dans mon sujet et d'aborder le problème thérapeutique des neurasthéniques, il me paraît nécessaire d'abord de bien préciser à quelle catégorie de malade nous appliquons cette étiquette, ce que nous entendons par neurasthénique et par neurasthénie.

En effet, peu de mots ont été aussi inconsidérément utilisés que ceux-ci. Dans le grand public, et même trop souvent dans le public médical, on les accole sans discernement à toutes sortes de malades qui n'ont souvent avec la neurasthénie rien de commun : anxieux, obsédés, mélancoliques,

hypochondriaques, auto-suggestionnés, névropathes quelconques. De sorte que, pour beaucoup, « neurasthénie » est devenu synonyme de névropathie.

Or, c'est là une conception absolument erronée qui n'a d'autre effet que d'ajouter un peu d'obscurité à une question déjà très délicate et très complexe. Je suis convaincu que la plupart des discussions qui se sont poursuivies et se poursuivent encore entre les divers auteurs et les diverses écoles médicales n'ont d'autre origine qu'un malentendu de mots. Sur le terrain clinique, tous les bons observateurs, s'ils savent se comprendre, ne finissent-ils pas toujours par tomber d'accord ? De là la nécessité de restreindre l'emploi du diagnostic de neurasthénie à ceux-là seuls qui la méritent légitimement et de préciser aussi minutieusement que possible la conception que nous devons nous faire de la névrose.

C'est là une tâche qui ne me paraît pas des plus difficiles. Parmi tous les types de névropathes, si variés et si polymorphes, le neurasthénique se détache avec des caractères si nets qu'il est toujours loisible, même à travers les complications dont il peut s'en-

tourer, de dépister l'état nerveux fondamental qui correspond à la neurasthénie. Cette neurasthénie est une forme clinique qui non seulement repose sur une indiscutable réalité, mais possède en outre une individualité assez tranchée pour qu'on ne doive pas la méconnaître. Et pour ma part, je n'ai jamais été embarrassé bien longtemps pour affirmer mon diagnostic. Sans doute, il y faut quelque perspicacité, quelque finesse d'analyse; mais ces qualités ne sont-elles pas celles que requiert toute pratique médicale? Avec un peu de jugement, un peu d'habitude, on parvient toujours à éclairer son opinion.

*
* *

Qu'est-ce donc qu'un neurasthénique?

Au lieu de répondre d'emblée à cette question par une définition plus ou moins théorique, je préfère vous en présenter un.

Voici un homme d'une quarantaine d'années environ qui entre dans mon cabinet et me dit ceci : « Docteur, je viens vous consulter parce que je suis toujours fatigué et que je suis incapable de travailler. Le matin, quand je me lève, je suis plus fatigué que le

soir quand je me couche. Toute la journée, je sens mon corps las, mes membres courbaturés. Le moindre effort m'épuise. Je ne puis plus faire de marches à pied, ni aucun exercice physique. Même me tenir debout m'est pénible.

« Mais je suis fatigué, non seulement de corps, mais de cerveau. J'ai constamment un cercle qui me serre le crâne. Je sens ma tête vide. Mon esprit se refuse au travail. Mes idées sont confuses et je ne puis plus fixer mon attention. Ma mémoire s'en va. Quand je lis, je ne sais plus, au bout de la page, ce que j'ai lu en haut. J'oublie mes rendez-vous, mes affaires.

« Avec cela, je suis triste, je m'ennuie partout et toujours, mortellement. Tout ce qui est distraction pour les autres ne m'amuse plus. Je n'ai de plaisir à rien. En revanche, je suis devenu extrêmement impressionnable pour les émotions pénibles : je m'inquiète de tout, la moindre difficulté m'effraie; la plus légère contrariété m'exaspère.

« Quant à ma volonté, à mon énergie, je n'en ai plus. Je ne sais plus ce que je veux, ce que je dois faire. Je doute, j'hésite, je n'ose prendre une décision. En outre, j'ai perdu

l'appétit et je dors mal. Mes désirs sexuels sont nuls.

« Dans ces conditions, l'avenir m'inquiète, et si vous ne me guérissez pas, je ne sais pas ce que je vais devenir. »

Pendant qu'il me parle ainsi, je regarde attentivement et j'étudie cet homme. Je constate qu'il a le visage fatigué, les traits tirés, les joues tombantes, le teint jaune, l'œil éteint, l'expression triste. Sa voix est blanche, mal timbrée. Il est assis lourdement sur le fauteuil, et son dos s'incurve, sa tête se penche en avant. Bref, l'ensemble de son aspect révèle la lassitude, la dépression.

Si je l'examine maintenant, je ne trouve aucun signe d'affection organique du système nerveux. Peut-être ses réflexes sont-ils un peu vifs. Quand j'ausculte son cœur, je l'entends nerveux, vibrant et qui s'accélère par l'émotion. Mais surtout, je découvre une assez considérable dilatation de l'estomac, avec clapotement et sensibilité de la région hypogastrique.

L'observation de cet homme, ainsi résumée nous offre un portrait presque schématique

du neurasthénique commun, banal, celui que nous rencontrons le plus fréquemment, avec la plupart des signes essentiels de la neurasthénie.

Si nous analysons ses symptômes, nous constatons que la plupart d'entre eux sont des manifestations d'une diminution d'activité du système nerveux central, des indices d'affaiblissement, d'insuffisance ; tels : la difficulté de l'effort physique et du travail intellectuel, la diminution de la mémoire, de l'attention, de la volonté, la frigidité sexuelle, etc. Nous avons donc l'impression évidente, par la seule étude de notre malade, qu'il souffre d'un amoindrissement de capacité fonctionnelle de son système nerveux. Il est dans un état de dépression, de fatigue, d'épuisement.

Mais en outre, notre sujet accuse encore d'autres symptômes, qui ne sont plus significatifs de dépression, mais au contraire d'irritabilité nerveuse : tels sont les hyperesthésies, l'exagération des réflexes, l'émotivité exagérée, l'insomnie, etc.

Il existe donc en réalité, chez le malade neurasthénique, un mélange de symptômes de faiblesse et d'irritabilité, fait constaté depuis longtemps par le parrain même de la

névrose, l'Américain Beard, qui la nomma pour cette raison « faiblesse irritable ».

En outre, nous constatons que ces signes de faiblesse et d'irritabilité se manifestent à la fois dans les diverses grandes fonctions du système nerveux : motricité, sensibilité, affectivité, fonctions organiques, etc.

Ces divers signes, nous allons les étudier dans les détails et, en conséquence, nous avons à passer en revue concurremment les signes de faiblesse et les signes d'irritabilité dans les divers domaines fonctionnels du système nerveux. Nous étudierons ainsi les troubles moteurs, intellectuels, sensitivo-sensoriels, affectifs, volontaires, organiques, qu'on rencontre chez les neurasthéniques.

*
* *

Troubles psycho-moteurs.— Les troubles psycho-moteurs du neurasthénique consistent essentiellement dans une diminution de la capacité à l'effort musculaire accompagnée d'une sensation de fatigue physique.

Cette *diminution de la capacité à l'effort musculaire* demande à être bien comprise. Il ne s'agit pas tant en réalité d'un affaiblis-

sement de la force musculaire, que de la diminution de la quantité d'énergie motrice que le système nerveux peut envoyer au muscle. Si certains neurasthéniques donnent au dynamomètre un chiffre inférieur à la normale, il en est d'autres en revanche qui fournissent une pression très convenable. Le muscle est donc chez eux capable de se contracter suffisamment. Il n'existe donc pas en réalité d'adynamie musculaire. Mais si, par contre, on engage le sujet à fournir une série de pressions successives, on constate que les chiffres obtenus vont diminuant rapidement, et si l'on fait la moyenne des résultats, on se rend compte que cette moyenne est inférieure à celle qu'on obtient chez les sujets sains.

L'ergographe de Mosso permet encore mieux que le dynamomètre d'apprécier ces conditions. On constate très nettement que, si les premiers soulèvements sont parfois énergiques, leur hauteur décroît rapidement, plus rapidement que chez un sujet normal, et que la hauteur moyenne du tracé est diminuée. Ainsi donc, on reconnaît que, tout compte fait, la quantité d'effort dont est capable un neurasthénique est affaiblie.

Mais il est un second élément : c'est l'épuisement rapide, plus rapide que normalement, de cet effort. Les appareils enregistreurs nous permettent d'évaluer également ce nouvel aspect de la fatigue. Avec le dynamomètre de Victor Henri qui mesure non seulement l'effort maximum, mais encore la durée de cet effort, nous voyons que cette durée est chez le neurasthénique inférieure à la normale. Avec l'ergographe de Mosso, la démonstration est plus nette encore ; le nombre des soulèvements, qui correspond à la durée de l'effort, est sensiblement amoindri.

Il existe donc chez le neurasthénique, non seulement une diminution de l'effort en lui-même, mais encore de sa durée. Il souffre non seulement d'asthénie, mais aussi de fatigabilité rapide ; sa réserve d'énergie s'épuise plus vite que chez l'individu sain.

Signalons enfin un troisième élément : la lenteur de la restauration de l'énergie. Maggiora a montré que normalement un intervalle de dix secondes entre deux contractions musculaires est suffisant pour que le sujet récupère toute son énergie ; si l'on espace de dix secondes les contractions à l'ergographe, la hauteur des soulèvements reste sensiblement

égale, et le travail dans ces conditions peut continuer longtemps sans fatigue apparente. En d'autres termes, un repos de dix secondes suffit à restaurer l'énergie et à supprimer la fatigue. Or, chez le neurasthénique, il n'en est plus de même. Gilbert-Ballet et Philippe ont montré que cet intervalle de dix secondes n'est pas suffisant pour réparer chez lui la fatigue et que la hauteur des soulèvements est graduellement décroissante. Cette expérience met en valeur la lenteur de la restauration de son énergie (1).

En résumé, affaiblissement de l'énergie, épuisement plus rapide, restauration plus lente, telles sont les trois conditions physiologiques de l'asthénie motrice des neurasthéniques.

Cette asthénie motrice s'accompagne d'une sensation de fatigue corporelle.

La *fatigue* est un des symptômes essentiels des états neurasthéniques. Tous les malades se plaignent avec insistance de cette lassitude invincible qui les surprend dès le matin au réveil et les poursuit durant toute la journée,

(1) Ballet et Philippe, *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*. Bruxelles, 1903.

exigeant pour le moindre travail un considérable effort.

La fatigue physique des neurasthéniques est beaucoup plus complexe qu'il ne semble au premier abord et comprend un certain nombre d'éléments que nous allons dissocier par l'analyse.

1° A l'état de repos complet, de relâchement total, dans la position couchée, le malade sent déjà sa fatigue. D'abord, il éprouve dans tous ses muscles une impression de courbature, de meurtrissure, accompagnée souvent de fourmillements, de tressaillements, de crampes douloureuses. Cette sensation est assez analogue à celle qu'éprouve tout sujet normal au lendemain d'une longue marche, d'un exercice violent, d'un effort musculaire quelconque auquel il n'est pas entraîné.

De plus, le neurasthénique sent dans tout son corps une pesanteur singulière. Ses membres lui paraissent plus lourds que normalement. Il lui semble que son corps a un poids excessif. « Quand je suis couché, disait l'un d'eux, je me sens si lourd, que je crois que mon lit s'enfonce avec moi (1). »

(1) Deschamps, *Les Maladies de l'Énergie*. Paris, F. Alcan.

Ainsi, sensation de courbature et sensation de lourdeur corporelle, voici les éléments de la fatigue au repos. Localisées d'une façon douloureuse le long de la colonne vertébrale, elles donnent le symptôme bien connu de la rachialgie.

2° Dans l'effort statique, c'est-à-dire quand le sujet se tient immobile, assis, mais surtout debout, c'est, en plus de la courbature et de la lourdeur, un sentiment d'affaissement, de tassement, d'effondrement : il a de la peine à se tenir droit: il lui semble que sa colonne vertébrale s'incurve, se fléchit, comme s'il allait rentrer en lui-même. De même, du côté des jambes, sentiment de fléchissement, de faiblesse, parfois de dérobement, besoin impérieux de s'appuyer, de se soutenir, de s'asseoir.

Du côté de la face, les tissus des joues semblent plus lourds, tirer vers le bas. Les paupières supérieures tombent, il est difficile de les ouvrir complètement.

3° Dans l'effort dynamique enfin, dans les mouvements et les déplacements du corps, la lourdeur des muscles courbaturés exige un effort considérable pour les contracter, et de suite apparaît un sentiment d'épuise-

ment, une impossibilité de continuer. Si le sujet insiste, il peut survenir du malaise, du vertige, des palpitations.

Une marche, une montée d'escalier l'anéantissent. Il est incapable de courir. Tout travail continu est impossible. Beaucoup de femmes ne peuvent se coiffer en une seule fois, impuissantes à tenir leurs bras levés durant le temps qu'exige cette opération. Pour terminer leur toilette, elles sont obligées de s'interrompre et de se reposer plusieurs fois.

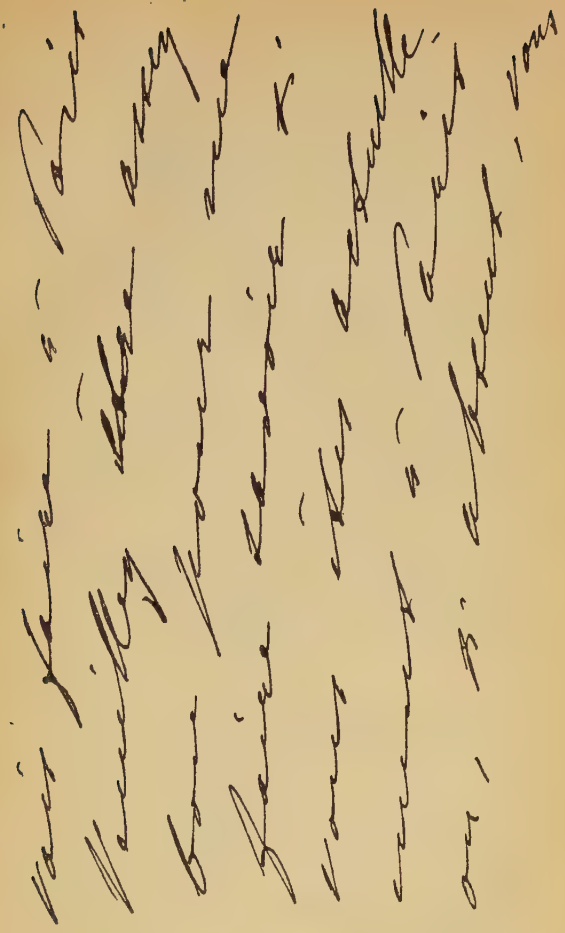
Cet épuisement rapide se trahit aussi dans l'écriture de maints neurasthéniques. Alors que la première partie de la ligne écrite est horizontale ou même légèrement ascendante, la seconde partie devient tombante de plus en plus à mesure que les mots se rapprochent du bord de la page.

Les fac-similés suivants que je reproduis diront mieux que toutes les descriptions, les caractères de l'écriture neurasthénique.

A quoi tient cette sensation de fatigue ?

Je crois qu'elle est faite de deux éléments. D'une part, elle provient de cette difficulté à l'effort musculaire dont le malade a le sentiment. Et d'autre part, elle est faite d'une hyperesthésie douloureuse des masses muscu-

Monsieur le
Docteur Hartenberg
64 rue de
Monceau
L. V.



laires, peut-être même des articulations, des tendons, du périoste, des os. Nous verrons en effet plus loin que la dépression s'accompagne d'hyperesthésie, dans diverses parties du corps. La courbature musculaire ne serait ainsi qu'une des localisations de cette hyperesthésie.

En réalité, ces deux phénomènes, asthénie motrice et sensation de fatigue, que j'ai dissociés dans ma description, constituent un tout, ne représentent que les deux formes d'un même trouble nerveux, l'expression sensitive et l'expression motrice de l'épuisement nerveux fondamental. Ils représentent les signes d'un état de fatigue pathologique, qui est caractéristique de la neurasthénie.

On peut se demander quel est le siège de cette fatigue ? Est-il périphérique, est-il central ?

Un certain nombre d'auteurs, frappés de l'aspect de mollesse, de relâchement de la musculature des neurasthéniques, ont cru devoir attribuer leur fatigue corporelle à la diminution du tonus de leurs muscles, à l'hypotonie musculaire. J'avais moi-même adopté cette interprétation dans mon précédent ouvrage sur la Psychologie des Neuras-

Monsieur le docteur Hartenberg
64, Rue de Monceau
Paris

théniques, mais depuis que j'en ai poursuivi le contrôle systématique, j'ai dû reconnaître qu'elle ne correspondait pas à la réalité. Grâce au Myotonomètre que j'ai imaginé, j'ai pu mesurer le tonus musculaire d'un grand nombre de neurasthéniques et j'ai pu constater ainsi que chez eux la fatigue n'est nullement en rapport direct avec le degré de tonicité de leurs muscles.

Je rappelle en quelques mots le principe et l'emploi de cet appareil.

Principe de l'appareil. — Le principe de l'appareil consiste à évaluer la tonicité musculaire en mesurant exactement, à l'aide d'un compas, l'angle de flexion ou d'extension qu'imprime à une articulation un effort déterminé. On sait en effet que normalement l'amplitude de la plupart des mouvements articulaires, notamment pour la main et le pied, est limitée par le tonus des muscles. Il est aisé de s'en rendre compte en essayant chez un sujet de redresser la main sur l'avant-bras; on perçoit une résistance élastique due au tonus des fléchisseurs.

Si l'on veut alors redresser la main davantage, il est nécessaire de déployer un certain

effort, afin d'étirer les muscles qui limitent l'extension et de vaincre leur résistance à l'allongement, et son résultat est de diminuer l'angle que forme la main avec l'avant-bras.

Or, cette résistance à l'allongement est fonction directe du tonus, c'est-à-dire que plus le tonus sera élevé, plus sera forte la résistance, plus le tonus sera faible, plus sera faible la résistance. Et comme, d'autre part, l'allongement musculaire se traduit par la fermeture de l'angle formé par la main avec l'avant-bras, on conçoit qu'il sera possible de mesurer au moyen de cet angle la résistance des muscles à l'allongement, c'est-à-dire leur tonus.

On sera en droit de conclure que plus sera grand l'angle d'extension forcée, plus les muscles auront résisté à l'allongement, plus sera élevé leur tonus, et inversement, moins sera grand l'angle d'extension, moins les muscles auront résisté, moins sera fort leur tonus. Ouverture d'angle et degré du tonus marchent donc proportionnellement dans un sens comme dans l'autre. Pour évaluer le tonus, il suffira de mesurer l'angle obtenu et la valeur du tonus s'exprimera conventionnellement en degrés d'angle.

Ces considérations faites à propos de l'extension de la main s'expliquent également aux autres articulations.

Description et montage de l'appareil. — L'appareil est composé de trois pièces principales :

1° Une planchette munie d'une courroie ;

2° Un compas d'angle métallique divisé en degrés, traversé par une tige filetée portant un anneau à une extrémité, et à l'autre un écrou à oreille ;

3° Un dynamomètre de traction gradué en kilogrammes.

Pour la commodité du transport, l'appareil est démonté dans sa pochette. Il est donc nécessaire de le remonter avant d'en faire usage. On y procède de la façon suivante :

Dévisser l'écrou à oreille, introduire la tige filetée dans la rainure de la planchette, l'anneau du côté de la courroie, et revisser de quelques tours; ouvrir le compas, introduire la réglette graduée dans les griffes de l'autre réglette, de façon qu'elles coulissent l'un dans l'autre; passer la courroie dans l'intérieur du compas et l'introduire sous la vis de serrage (fig. 1).

L'appareil est ainsi prêt à servir (1).

Mode d'emploi. — Voyons maintenant le mode d'emploi. La mesure la plus commode à effectuer est celle du tonus des fléchis-

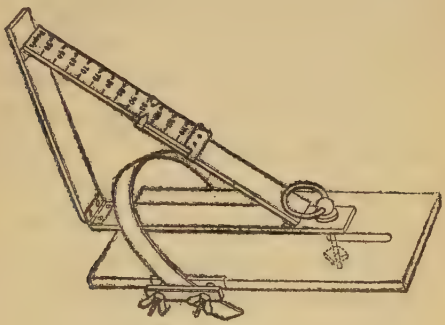


Fig. 1.

seurs de la main sur l'avant-bras. Sauf dans les cas de lésion localisée du système nerveux, et en raison de l'harmonie tonique qui règne dans la musculature, l'appréciation de cette tonicité partielle peut s'étendre à l'ensemble des autres muscles. J'ajoute qu'il faut opérer de préférence sur le bras gauche, celui-ci subissant moins les variations de travail et de fatigue.

(1) Cet appareil est construit par la maison Mathieu, à Paris.

Mais, il est une épreuve préalable à effectuer : c'est la mesure de la force de ces muscles.

Car pour que les chiffres soient comparables d'un individu à un autre individu, il est essentiel que la traction exercée sur les muscles pour obtenir un allongement soit proportionnelle à leur vigueur même. En effet, on comprend sans peine qu'une traction de même valeur, appliquée chez un athlète ou chez un enfant, produira des effets tout différents et indépendants du tonus des muscles. De là la nécessité d'évaluer au préalable la force musculaire du sujet et de proportionner la traction à cette force musculaire.

Elle peut être appréciée de deux façons :

1° Par le *dynamomètre* médical à ressort, que l'on fait serrer, comme d'habitude. Cette méthode est la plus simple et la plus commode, et devra être préférée si on possède un dynamomètre.

2° Au moyen du *myotonomètre*.

Voici comment on y procède :

Faites asseoir le sujet à côté d'une petite table placée à sa gauche, la manche de son vêtement étant relevée et l'avant-bras nu reposant sur la table. Appliquez alors la

planchette sur la face palmaire de la main, et sur le dos de la main appliquez la branche de l'angle métallique, la tige filetée passant entre le médius et l'annulaire. Puis, à l'aide de la courroie, serrez fortement la branche métallique et la main contre la planchette, le pouce restant en dehors. Serrez aussi l'écrou à oreille pour que la branche métallique applique bien sur les doigts médius et annulaire.

A ce moment, priez le sujet d'allonger le bras pour que sa main tout entière, tenue horizontalement et la paume en bas, dépasse le bord de la table. Faisant coïncider le sommet de l'angle métallique avec le pli d'extension de la main sur l'avant-bras, accrochez alors le crochet du dynamomètre dans l'anneau de l'appareil, et tenant vous-même ce dynamomètre verticalement, engagez le sujet à abaisser la main de toutes ses forces, par un mouvement de flexion du poignet. Il est bon, pour que le sujet ne puisse donner un effort du coude, de maintenir avec votre main gauche son avant-bras bien appuyé sur la table.

De plus, à mesure que sa main fléchit en tirant sur le dynamomètre, élevez vous-même

ce dynamomètre pour que la main conserve toujours son horizontalité, afin d'éviter les erreurs d'effort angulaire.

Quand le sujet a déployé le maximum de sa force, lisez le chiffre obtenu au dynamomètre. Ce chiffre est toujours égal au cinquième du chiffre fourni par le dynamomètre à pression. On pourra donc au besoin contrôler ces épreuves l'une par l'autre.

La force musculaire étant connue, on passe à la mesure du tonus.

L'appareil étant en place, comme précédemment, faites reposer l'avant-bras du sujet sur la table, et priez-le de relâcher complètement ses muscles, de laisser son poignet souple, de regarder ailleurs pour se distraire de l'expérience. Accrochez alors le dynamomètre dans l'anneau de l'appareil, et tandis que, de votre main gauche, vous maintenez l'une des branches de l'angle métallique sur l'avant-bras du sujet, en enfonçant soigneusement le sommet de cet angle dans l'angle d'extension de la main sur l'avant-bras, tirez doucement et progressivement sur le dynamomètre, jusqu'à ce que la traction exercée soit égale au dixième du chiffre obtenu au dynamomètre de pression ou à la moitié du chiffre

obtenu au moyen du myotonomètre, ces deux chiffres étant identiques. (La valeur de cette traction est purement arbitraire. Mais comme il n'était pas possible d'exercer une traction

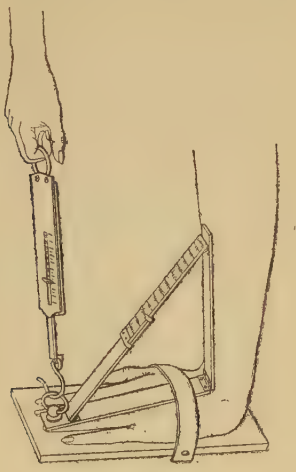


FIG. 2.

égale à la force des muscles, parce qu'elle devient rapidement douloureuse, ces chiffres adoptés du dixième ou de la moitié ont paru les plus commodes en pratique.) Lisez alors la graduation sur la réglette: elle indique l'angle d'extension forcée de la main sur l'avant-bras qui fournit le chiffre conventionnel du tonus (fig. 2).

Ce chiffre varie entre 85° et 90° chez un sujet normal. On peut admettre qu'au-dessus de 90° commence l'hypertonie, au-dessous de 85° l'hypotonie (1).

Les résultats assez précis obtenus avec cet appareil m'ont montré que l'hypotonie n'est nullement en rapport avec la sensation de fatigue. Sans doute, nombre de sujets fatigués présentent de l'hypotonie. Mais d'autres, non moins fatigués, ont un tonus normal ou même parfois supérieur à la normale. On peut en conclure que la difficulté à l'effort du neurasthénique ne tient pas à l'hypotonie musculaire, et ainsi on ne peut pas dire que son sentiment de fatigue soit la conscience de son hypotonie. Et la confirmation de cette proposition se trouve dans l'examen des malades guéris. J'ai étudié soigneusement un certain nombre de neurasthéniques affranchis de leur fatigue, et j'ai constaté que chez eux le tonus n'avait pas varié, ou dans des limites

(1) Il est également possible de mesurer avec cet appareil le tonus des extenseurs de la main, des fléchisseurs et des extenseurs du pied, utile souvent à connaître en neurologie. Pour ces mesures spéciales, je renvoie à mon travail : Comment on mesure le tonus musculaire avec mon myotonomètre, *Revue de Médecine*, 10 novembre 1911.

très faibles, pendant et après leur maladie. Ceux qui portaient de l'hypotonie la conservaient après leur guérison.

Aussi, suis-je porté à croire que l'hypotonie constatée chez ces malades est un état constitutionnel, traduisant une débilité native du système neuro-musculaire, qui, loin d'être la conséquence d'une dépression passagère, serait au contraire une cause prédisposante à cette dépression. Ces hypotoniques sont des chétifs, préparés et voués d'avance à l'épuisement nerveux.

Si l'hypotonie ne justifie pas la fatigue neurasthénique, on pourrait encore l'attribuer, par comparaison avec la fatigue musculaire locale, à un épuisement des terminaisons nerveuses motrices des muscles.

Les recherches sur le travail musculaire ont montré en effet (1) que la fatigue locale du muscle qui se traduit par une diminution de vigueur et une courbature pénible est due à un épuisement des terminaisons motrices et sensitives, altérées par les produits de désassimilation. Mais une telle interprétation n'explique que la fatigue locale; elle n'explique en rien la fatigue générale qne res-

(1) J. Ioteyko. Fatigue. Article du *Dictionnaire de Physiologie*, Tome IV, Fasc. I. Paris, F. Alcan. 1903.

sent le neurasthénique. Pour bien comprendre la différence entre ces deux formes de fatigue, il suffit d'observer ce qui se passe chez les individus après une grande dépense musculaire, promenade au grand air, partie de chasse, épreuve sportive, etc. Tant que les sujets n'éprouvent que la fatigue musculaire locale, ils sont animés, gais, chantent, parlent, discutent, plaisantent, s'agitent, se meuvent de bon cœur. Et puis soudainement, on les voit successivement, l'un après l'autre, dans l'ordre même de leur résistance, devenir silencieux, immobiles, inertes, aspirer au sommeil, s'endormir. C'est qu'à la fatigue purement locale de la musculature, a succédé la fatigue générale, celle qui envahit et terrasse l'organisme tout entier.

Or, cette fatigue générale est incontestablement un phénomène central, qui a pour siège les zones sensitives et motrices du cerveau. Elle s'accompagne d'ailleurs d'autres signes d'épuisement cérébral : tristesse, ennui, aboulie, inquiétude, inattention, etc, qui ont été maintes fois constatés chez les champions sportifs après les épreuves (1). Il est

(1) Tissié, *La fatigue et l'entraînement physique*. Paris, F. Alcan, 1908.

légitime de supposer qu'elle est due, au moins en partie, à l'imprégnation de l'encéphale par les produits de désassimilation charriés jusqu'à lui par le torrent circulatoire.

De ces faits, on peut inférer légitimement que la fatigue du neurasthénique est une fatigue à siège central. Elle n'est due ni à la conscience de l'hypotonie musculaire, ni à l'imprégnation locale des terminaisons nerveuses des muscles : elle est produite par l'épuisement même des centres cérébraux. Ce n'est pas la fonction automatique du tonus qui est diminuée, mais la fonction active de la motricité musculaire. Ce n'est pas davantage la contractilité même du muscle qui est en défaut : car à l'ergographe, la hauteur primitive des soulèvements, révélatrice de l'énergie musculaire, est normale. C'est par le nombre diminué des soulèvements que pêche l'ergogramme, indice caractéristique de l'épuisement nerveux central.

Nous pouvons donc conclure que la fatigue neurasthénique est un phénomène central, traduisant l'affaiblissement des centres psycho-moteurs du cerveau.

Cette diminution de l'énergie dont il est

atteint, le neurasthénique la sent bien. Elle se traduit en lui-même par la répugnance à l'effort, et dans sa conduite, par l'économie de l'effort.

Le malade fuit instinctivement toutes les occasions qui l'obligeraient à se mouvoir, à se déplacer, à faire effort. Il a horreur de se lever de son siège, d'étendre ses bras, de soulever des objets, de marcher, de parler même. La seule position qui lui plaise est le repos horizontal. Comme le fait remarquer Maurice de Fleury (1), ce fut assurément un neurasthénique, l'auteur du proverbe arabe bien connu : « On est mieux assis que debout, couché qu'assis », etc.

Une forme particulière de cette répugnance à l'effort est celle qui concerne l'acte sexuel. Non seulement les neurasthéniques ont peu de besoins sexuels, mais certains en ont une véritable répugnance, parce qu'ils savent combien cette dépense excessive de force entraînera de compensations pénibles. Aussi en fuient-ils les occasions : et lorsque malgré tout ils ont cédé, sont-ils également irrités contre eux-mêmes et contre l'objet de leur tentation.

(1) M. de Fleury, *Les grands symptômes neurasthéniques*. Paris, F. Alcan, 1901.

De cette répugnance à l'effort, découle directement l'économie de l'effort.

Sachant combien tout effort est suivi d'une recrudescence d'accablement, le neurasthénique sage fait en sorte d'écarter de sa vie tout effort superflu. De là, la nonchalance, l'indifférence, la paresse apparente qu'il met à agir. Il remue le moins possible, se lève, marche, travaille le moins possible, s'arrange de façon à dépenser la plus petite partie de cette énergie nerveuse dont il est si pauvre. Et ainsi parvient-il, à force de parcimonie, de prudence, de calcul, à faire face tant bien que mal, avec les maigres ressources dont il dispose, aux exigences de son existence et de sa profession.

Après ces signes d'épuisement moteur, signalons les signes d'irritabilité, qui sont leur corollaire.

Chez la plupart des neurasthéniques, les réflexes sont généralement augmentés. Cette exagération des réflexes, qui coïncide parfois avec l'hypotonie musculaire, démontre une fois de plus qu'il n'existe pas, entre les réflexes et le tonus, de relation directe et nécessaire.

Il n'est pas rare en outre de constater chez les neurasthéniques des tendances aux spasmes, aux crampes, aux contractures douloureuses. On sait que la fatigue nerveuse est une des conditions qui favorisent l'éclosion des tics, des crampes professionnelles.

Enfin chez certains surviennent des bouffées d'excitation psycho-motrice, avec énervement, impatiences musculaires, agitation, où leurs forces se dépensent à l'excès pour les laisser ensuite plus déprimés que jamais.

Troubles intellectuels. — Les troubles intellectuels des neurasthéniques consistent, eux aussi, en une diminution de l'activité psychique avec sentiment de fatigue. Comme pour les troubles moteurs, cet amoindrissement fonctionnel peut se diviser en trois éléments : affaiblissement de la capacité active, épuisement plus rapide, lenteur de restauration.

Ces troubles d'insuffisance intellectuelle portent plus spécialement sur l'attention, la mémoire, l'imagination, le raisonnement.

L'*attention volontaire* est la fonction la plus atteinte. Tous les malades déplorent leur incapacité à fixer leur esprit sur une besogne intellectuelle quelconque : lecture, écriture,

calcul, rédaction, méditation. Lorsqu'ils veulent s'y astreindre avec effort, ils sont rapidement épuisés : leur céphalée de fatigue apparaît ou s'accroît, ils doivent s'arrêter.

La *mémoire* est également diminuée. Le patient lit sans retenir ce qu'il a lu. Arrivé au bas de la page d'un livre, il ne sait plus ce qu'il lisait en haut. Il oublie les conversations récentes, les noms, les dates, même la topographie des lieux. Une de mes malades se perdait dans Paris où elle habitait pourtant depuis de longues années et qu'elle connaissait bien. Une autre, faisant une commande dans une boutique, ne retrouvait plus son nom et son adresse. De là, des erreurs, des distractions sans nombre !

L'*imagination*, l'évocation vive des souvenirs et des images, est également compromise. L'esprit est aussi peu apte à se représenter avec relief le passé que de réaliser des combinaisons nouvelles. Cette défectuosité est surtout apparente et préjudiciable chez les littérateurs, dont la faculté de création est éteinte (1).

(1) Tous ces troubles psychiques des neurasthéniques ont été étudiés en détail dans mon précédent ouvrage : HARTENBERG, *Psychologie des Neurasthéniques*. Paris, F. Alcan.

Enfin, *le jugement et le raisonnement*, l'abstraction et la généralisation perdent de leur précision et de leur ampleur. Le malade a la vision moins nette des problèmes à résoudre, la conception moins rapide et moins sûre. Ses raisonnements sont mal liés, mal coordonnés. Chez lui, les fonctions les plus hautes de l'intelligence sont entachées de déficit.

D'une façon générale il lui semble que son esprit est engourdi, brumeux, fumeux, comme obscurci par un nuage ou un voile qui estomperait la conscience : et cet engourdissement cérébral confère à toute la vie psychique du malade ce caractère de rêverie, de pensée crépusculaire que certains ont bien décrit. Il leur semble qu'ils vivent dans un songe continuel, où tout est vague et flou autour d'eux, où eux-mêmes passent en rêvant.

Cette diminution s'accompagne d'un sentiment de *fatigue cérébrale*.

D'une façon habituelle, le neurasthénique sent sa tête lourde et vide à la fois, il éprouve une sensation de serrement, de pression, de poids qui constitue la céphalée neurasthénique. Parfois, il a l'impression d'une boule qui se déplace dans sa boîte cranienne. Ces

diverses sensations créent une sorte de courbature de la tête, comme disent certains malades, qui serait l'équivalent de la courbature des muscles.

Peu d'expériences ont été faites pour apprécier la fatigue intellectuelle des neurasthéniques. Mais celle-ci est assez nettement évidente pour que son contrôle soit superflu. Il serait intéressant pourtant de soumettre ces sujets à des épreuves de tests semblables à celles instituées pour l'étude de la fatigue intellectuelle normale. On arriverait d'ailleurs, sans doute, à des résultats équivalents.

Troubles sensitivo-sensoriels. — La dépression que nous venons d'étudier dans les fonctions motrices et intellectuelles du cerveau se manifeste aussi dans les fonctions sensitives. Certes, elle est ici moins fréquente, moins apparente surtout, parce qu'il faut déjà un degré de dépression assez accentué pour que le malade en éprouve de la gêne. Mais dans les grands épuisements nerveux, dans les formes chroniques, la dépression sensitive manifeste également sa présence et vient prendre sa place dans le tableau clinique de la névrose.

Il faut distinguer, dans la sensibilité, la sensibilité externe ou sensorielle, la sensibilité interne ou cénesthésique.

Dans le domaine de la *sensibilité externe*, on constate que, chez les grands déprimés, les sensations venues du monde extérieur perdent à la fois de leur netteté, de leur éclat. Les yeux semblent percevoir les objets avec moins de reliefs et moins de couleurs : le monde se reflète dans la conscience comme une fresque décolorée et plate. L'acuité auditive est diminuée. Les malades distinguent moins bien les bruits, les sons, les voix. On a vu des mélomanes, devenus neurasthéniques, perdre tout attrait pour la musique. Le goût apprécie plus confusément les saveurs : les aliments et les boissons paraissent fades. Parfois, les besoins de faim et de soif disparaissent. La sensibilité tactile est également atténuée : les contacts sont perçus avec moins de finesse et moins de précision. Au compas de Weber, l'écartement des pointes au seuil de la sensibilité est plus grand que chez un sujet normal. Pour toutes les perceptions, il existe du retard. Enfin, la sensibilité génitale elle-même est atténuée : chez l'homme comme chez la femme, l'orgasme sexuel procure

moins de volupté et parfois même ne s'accompagne d'aucun plaisir (1).

Cette diminution générale de la sensibilité externe crée chez le malade un phénomène tout particulier : *l'atténuation du sentiment du réel.* Notre sentiment de la réalité objective nous est fourni par les impressions externes qui sans cesse ébranlent nos terminaisons nerveuses. Les images cérébrales qui en résultent ont un cachet de réalité d'autant plus marqué qu'elles sont plus intenses. Or, supposons ces impressions externes diminuées, amorties : du même coup, le monde extérieur perdra de sa réalité, s'éteindra pour ainsi dire dans un lointain confus. De là, cette atténuation subjective de la réalité, du sentiment du réel. « Je ne perçois jamais nettement le monde extérieur, écrit un neurasthénique. Il me semble que je n'ai jamais été en contact direct et immédiat avec lui. Entre les choses et moi, il y a toujours une sorte de paroi isolante, de couche intermédiaire, semblable à un revêtement de coton, qui me donne des sensations ouatées, amorties, comme après une injection

(1) G. Dumas, *La Tristesse et la joie.* Paris, F. Alcan.

de cocaïne. » De là, ces sentiments *d'éloignement, de jamais vu, d'inconnu*, signalés parfois par les malades (1).

Dans le domaine de la sensibilité interne ou cénesthésique, même *atténuation des perceptions*. Le malade perçoit plus vaguement l'existence et les modifications de son organisme. Il sent son corps et ses membres comme vidés, comme privés de vie active. Il lui semble qu'il se dématérialise, que sa forme charnelle se dissout, s'évanouit. C'est ce qu'on a nommé le sentiment de dépersonnalisation.

De cette perception corporelle amoindrie dérive aussi le *sentiment d'incomplétude*. De là également les phénomènes *d'étrangeté du moi, de dédoublement*, etc.

Il existe, en revanche, chez les malades, une *hyperesthésie à la douleur* qui est fonction de l'irritabilité.

Ils ressentent plus vivement les impressions pénibles venues du dehors, le froid, le chaud, les chocs, les traumatismes. De même

(1) Pierre Janet, *Les Obsessions et la Psychasthénie*. Paris, F. Alcan.

Hesnard. *Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique*. Paris, F. Alcan.

pour les impressions venues de l'organisme : le moindre malaise fonctionnel, trouble digestif, palpitation cardiaque, s'accompagne chez eux d'un sentiment anormal de souffrance. Ils se plaignent de sensations pénibles dans le cuir chevelu, le dos, les membres, la peau, de picotements, d'élancements, de brûlures, parfois si marqués que Valleix a pu nommer la neurasthénie névralgie générale. Il est probable que la céphalée est due, en grande partie, à cette hyperesthésie. D'autres fois, ce sont des paresthésies singulières : doigt mort, engourdissements, pesanteurs, etc. Il semble que toutes les impressions internes qui, chez l'homme sain, passent inaperçues, deviennent sensibles pour les neurasthéniques qui prennent ainsi une conscience pénible du jeu même de leur organisme. De là l'origine de leurs conceptions hypochondriaques.

Troubles affectifs. — Dans le domaine de la vie affective, la dépression donne naissance à un certain nombre de sentiments qui, eux aussi, sont l'expression d'une diminution d'activité.

En tête vient la *tristesse*.

Le neurasthénique est un triste. Il porte

en lui un fonds de mélancolie qui parfois, il est vrai, sous l'influence d'une émotion sthénique ou d'une société joyeuse, se recouvre d'apparente gaieté, mais qui ne tarde pas à revenir lorsque le malade est rendu à lui-même et reprend le cours ordinaire de ses pensées.

La tristesse est ressentie comme un état d'abattement pénible, de gêne respiratoire, la poitrine ayant de la peine à se soulever, parfois de constriction de la gorge avec envie de pleurer. A l'extérieur, elle se traduit par les signes bien connus : visage aux traits tombants, œil sec et terne, voix blanche, teint pâle, etc.

Quel est le mécanisme de cette tristesse? Avec beaucoup d'auteurs, j'ai attribué autrefois ce sentiment de tristesse à la conscience de la misère organique, du ralentissement de la nutrition et des grandes fonctions corporelles, circulatoires, respiratoires, sécrétoires, etc. Mais à mesure qu'on contrôle avec rigueur la thèse périphérique des émotions, il faut reconnaître qu'elle offre bien des lacunes. C'est ainsi qu'il me paraît impossible d'attribuer le sentiment de tristesse à l'hypotension vasculaire ou à l'abais-

sement des échanges nutritifs, car chez maints neurasthéniques on trouve une tension artérielle normale ou même surélevée et des chiffres urinaires qui ne traduisent nullement une nutrition altérée. D'autre part, l'apparition brusque de la tristesse à la suite d'une mauvaise nouvelle, sa disparition aussi rapide, sans que rien dans l'organisme soit modifié, ne plaident guère en faveur d'une base organique indispensable de cette émotion. Aussi, je crois bien qu'ici, de même que pour le sentiment de fatigue, c'est en réalité à un phénomène central qu'il faut attribuer la cause première de la tristesse. C'est le cerveau déprimé dans sa sphère affective qui fait la tristesse, indépendamment de toute variation corporelle. Et ces variations corporelles semblent bien plus la conséquence de la modification centrale et du sentiment conscient que le malade en a que la cause provocatrice. Sans doute, il est possible qu'à la longue la déchéance physique finisse par accentuer, par consolider pour ainsi dire l'humeur triste, par un mécanisme de réaction centripète : mais à l'origine, je le répète, je crois que c'est à la dépression centrale qu'il faut attribuer le sentiment de tristesse.

A côté de la tristesse, plaçons l'*ennui*. Celui-ci semble être le corollaire de la première. Chez le neurasthénique, la grisaille continuelle de la conscience, l'absence de toute émotion de joie, confèrent à la vie intérieure une déplorable monotonie. L'intérêt de l'existence est fait de multiples petites secousses dont la variété se succède dans le cours d'un jour, surprise, curiosité, distraction, etc., qu'accompagne un état affectif agréable. Or, chez le neurasthénique, ces stimulations font défaut : la dépression qui l'accable le rend indifférent aux agréments de l'heure qui passe. De là, l'inintérêt, l'incuriosité qui constituent l'ennui (1).

Notons encore, le *pessimisme*, projection sur le monde extérieur de la tristesse interne du malade. Pour l'esprit privé de joie, rien que de normal de trouver le monde mal fait et la nature mauvaise.

La *misanthropie*, fréquente aussi chez les neurasthéniques chroniques, n'est qu'un pessimisme qui se révolte à l'égard des hommes. Ne jouissant pas de leur société, n'éprouvant que leurs défauts, le misanthrope n'a que

(1) Tardieu, *L'Ennui*. Paris, F. Alcan.

l'envie de les fuir et de s'isoler dans une sauvagerie farouche.

Enfin tous ces sentiments pénibles, toutes les souffrances intérieures du neurasthénique le conduisent fréquemment aux *idées de suicide*. La mort lui apparaît comme une délivrance : il la souhaite, il l'appelle, il songe à la provoquer. Toutefois cette aspiration à la mort demeure toute platonique. Bien peu nombreux sont les neurasthéniques qui se suicident. C'est que, malgré tous ses chagrins actuels, le malade garde tout de même au fond de son cœur une espérance.

Comme signe d'irritabilité affective, signalons l'augmentation de l'*émotivité anxieuse* et la *mauvaise humeur*. Le malade devient inquiet, craintif, timide, susceptible, irritable. Beaucoup vivent dans un état d'appréhension continuelle, d'attente anxieuse. Leurs craintes portent à la fois sur leur état de santé (peur d'une maladie incurable du cerveau ou de la moelle, de la folie, de l'ataxie), sur leur avenir (peur de perdre leur situation, de laisser femme et enfants sans ressources), sur la disparition, lorsque ce sont des hommes, de leur capacité sexuelle. Sur ce fond

d'inquiétude se développent parfois des crises aiguës avec oppression, palpitations, sueur froide, etc.

Troubles volontaires. — L'acte volontaire est une opération complexe formée de trois temps successifs :

1° Tout d'abord, une stimulation jaillie de la vie affective, besoin, désir, appétit, émotions, qui fournit l'impulsion initiale.

2° Ensuite, une élaboration intellectuelle où l'acte est préparé, étudié, examiné, avec ses avantages, ses inconvénients et ses conséquences, décidé enfin par une résolution ferme.

3° Enfin, une exécution matérielle, plus ou moins complète, plus ou moins habile, consistant à vaincre à la fois les difficultés du dedans : fatigue, émotions, scrupules, timidité, craintes, etc., et les difficultés du dehors, les obstacles matériels ou sociaux.

Or, l'état neurasthénique a pour effet de troubler à la fois, par défaut, les trois temps de l'acte volontaire.

Il crée une *insuffisance d'impulsion* en raison de l'apathie, de l'indifférence, de l'ennui, de l'inintérêt, du pessimisme, du dégoût que nous avons signalés chez les malades.

Il crée une *insuffisance d'élaboration* et de décision en raison de la diminution de l'attention, de la mémoire, de l'imagination, du travail de réflexion, et aussi en raison de l'inquiétude et de l'irrésolution.

Il crée une *insuffisance d'exécution* par fatigue, difficulté de l'effort verbal, graphique, musculaire en général, par l'effet aussi des inhibitions émotives, doutes, hésitations, scrupules, timidité, phobies, qui sont si fréquentes chez les neurasthéniques.

De sorte qu'en définitive, on peut dire que la volonté est profondément atteinte, et cette aboulie est un des motifs de souffrance morale les plus graves chez les malades.

Troubles organiques. — Enfin, les fonctions organiques elles-mêmes expriment à leur façon la dépression nerveuse centrale.

C'est ainsi que chez maints neurasthéniques on constate *de l'hypotension vasculaire, du ralentissement de la respiration, de l'atonie gastro-intestinale, de la constipation atonique, de la diminution de la nutrition et des sécrétions*, enfin de la *dépression sexuelle* se traduisant par la rareté ou l'absence totale de

désirs et chez l'homme par des érections incomplètes ou nulles.

Les *vertiges*, les *étourdissements*, les *bourdonnements d'oreilles*, si fréquents chez les neurasthéniques, se rattachent aussi sans doute à ces troubles dynamiques et circulatoires des centres cérébraux.

Par contre, l'irritabilité augmentée des malades crée dans le domaine organique des accès de palpitations, des *spasmes gastriques* et *intestinaux* (constipation spasmodique), des *spasmes vésicaux*, le phénomène de l'*éjaculation précoce*.

C'est à elle enfin sans doute qu'il faut attribuer les *troubles du sommeil*, qui sont la règle chez les neurasthéniques. Si certains sont toujours somnolents, engourdis, surtout après les repas, dorment la nuit d'un sommeil profond de dix à douze heures, d'autres en revanche souffrent d'insomnie.

Certains ne parviennent pas à s'endormir : ils se retournent durant des heures dans leur lit, et lorsqu'ils finissent par s'assoupir, c'est d'un sommeil superficiel et léger, où il leur semble ne pas perdre tout à fait conscience.

D'autres s'endorment bien, mais se réveillent dans le cours de la nuit, généra-

lement toujours vers la même heure, traversent alors une période d'insomnie remplie de méditations tristes, de préoccupations anxieuses, de pensées noires, pour ne se rendormir tardivement qu'au matin. Les rêves et les cauchemars sont fréquents.

***

Tels sont les nombreux signes cliniques par lesquels l'asthénie et l'irritabilité des centres nerveux se traduisent dans les divers domaines fonctionnels. Il est bien évident que tous ces signes n'acquièrent pas, en pratique, la même valeur : les uns sont essentiels, primordiaux; d'autres au contraire méritent d'être relégués à un rang secondaire.

Les plus importants, à mon sens, sont les signes de fatigue physique et intellectuelle. La fatigue est vraiment le stigmate capital de l'état neurasthénique. Elle fournit le critérium indiscutable de la dépression nerveuse. On peut dire que si chez un malade, il y a fatigue habituelle, il y a neurasthénie, et s'il n'y a pas fatigue, il n'y a pas neurasthénie, quels que soient les autres symptômes présents ou absents. C'est la fatigue qui permet de faire le

diagnostic différentiel avec les autres névroses.

Après la fatigue vient la céphalée qui est présente chez presque tous les malades. Puis les troubles affectifs, consistant surtout en tristesse et en inquiétude. Ensuite, l'aboulie; enfin, les troubles du sommeil.

Les autres symptômes sont plus rares et moins frappants. Ils m'ont paru, par ordre de fréquence, d'après mes observations personnelles, se ranger comme suit : vertiges, bourdonnements d'oreilles, palpitations, frigidité génitale avec ou sans impuissance et éjaculation précoce, perte du sentiment du réel, dépersonnalisation, etc.

Un mot à propos de la dyspepsie atonique. Tous les auteurs classiques ont considéré cette dyspepsie avec dilatation d'estomac comme un des stigmates de la neurasthénie. Sans doute, la plupart de ces malades souffrent de dyspepsie et la dilatation est chez eux presque constante. Mais un contrôle rigoureux m'a conduit à penser que cette dyspepsie, loin d'être une conséquence de l'état neurasthénique, lui était antérieure en date et méritait plus légitimement d'être tenue comme une de ses causes. Lorsqu'on interroge les

malades, on apprend que depuis de longues années ils souffrent de l'estomac, se plaignent de digestions difficiles, alors qu'ils n'éprouvaient encore aucun symptôme de dépression nerveuse. Celle-ci n'apparaît qu'ultérieurement, quand d'autres causes occasionnelles entrent en jeu. On ne saurait donc, dans ces conditions, considérer la dyspepsie comme la conséquence de l'épuisement nerveux, comme un stigmate de neurasthénie.

*
* *

Mais cette dépression et ses symptômes ne se maintiennent pas à un degré fixe : elle varie en intensité dans diverses circonstances.

D'abord, le moment de la journée a une grande influence sur elle. Ici, il est des différences individuelles, qu'il est important de noter.

Certains ne sont pas déprimés le matin. Au réveil, ils se sentent assez bien ; mais, très vite, à mesure que s'avance le jour, la lassitude les envahit pour les accabler complètement dans la soirée. Déjà, les soins de la toilette commencent à les déprimer. Deux

heures après le lever, ils se sentent moins dispos. Mais lorsqu'ils ont consacré une demi-journée à leurs occupations professionnelles ou mondaines, ils n'en peuvent plus.

D'autres, au contraire, sont plus fatigués le matin que le soir. Le réveil est pour eux le moment le plus pénible de la journée. Ils se sentent la tête lourde, la bouche pâteuse, l'esprit hanté de pensées moroses, la volonté découragée, les muscles courbaturés et douloureux. Avec peine ils se lèvent et reprennent le train de vie quotidien. Puis, peu à peu, tout en restant fatigués, leur activité s'éveille un peu. Mais c'est vers le soir seulement, quand les lumières s'allument, que leur esprit s'anime, que leur lassitude s'amende, qu'ils ont envie de parler et d'agir.

Il est enfin une dernière catégorie de malades pour lesquels la journée n'apporte aucun répit, dont la fatigue se maintient également marquée depuis l'instant où ils se lèvent jusqu'à celui où ils se couchent.

Il m'a semblé que pratiquement ces oscillations diurnes de la fatigue pouvaient servir à apprécier dans une certaine mesure le degré de l'épuisement nerveux.

Quand la fatigue n'apparaît que dans le cours de la journée, nous avons le premier degré. En effet, déjà l'organisme ne possède plus sa capacité d'énergie et la dépense normale d'une journée l'épuise trop tôt et trop vite. Pourtant, cet épuisement n'est pas très considérable, puisque le repos d'une bonne nuit suffit à le restaurer.

Au contraire, chez le neurasthénique accablé dès le matin, la nuit est insuffisante pour réparer les forces dépensées pendant la veille. La fatigue est continuelle, ne disparaît plus. Sans doute, l'animation, l'activité de la journée en diminuent la sensation : mais l'énergie, malgré cette euphorie apparente, ne revient jamais à son niveau normal. C'est un second degré de la neurasthénie.

Enfin, dans un troisième degré, le plus grave, l'excitation et l'activité sont incapables même d'atténuer la conscience de l'épuisement. Les ressources nerveuses sont tellement pauvres que nulle stimulation n'en saurait plus tirer aucun effort.

Les repas ont également une influence manifeste sur les neurasthéniques. Quand l'estomac fonctionne suffisamment bien, quand la digestion s'accomplit dans son délai

normal, l'ingestion d'aliments procure en général au malade quelques instants de bien-être. Il se sent plus vigoureux, plus énergique, moins las. Cette amélioration subsiste jusque vers la fin de la digestion où la dépression motrice reparaît souvent plus accentuée.

Au contraire, si la dyspepsie est importante, le repas suscite de la somnolence, de l'engourdissement, une envie impérieuse de dormir. Il semble que la digestion laborieuse accapare à son profit toute la quantité d'énergie nerveuse dont dispose le malade, ne laissant plus rien pour les efforts de la vie intellectuelle et de la vie de relations.

Les rapports sexuels font varier aussi la sensation de fatigue. Si parfois ils l'augmentent, il est fréquent aussi qu'ils provoquent chez les malades un moment de bien-être et un regain d'énergie. L'axiome *Post coïtum, animal triste* n'est pas toujours vrai. J'ai vu des sujets qui, ayant sacrifié à Vénus dans le cours d'une journée, se sentent pendant toute la soirée admirablement dispos, comme s'ils étaient guéris. Mais, le lendemain, par contre, la fatigue reprend ses droits, avec usure. Alors, l'accablement est plus profond,

plus invincible que jamais. Et maints malades, connaissant par expérience ces compensations pénibles, évitent et fuient l'acte sexuel en raison de l'économie de l'effort dont je parlais tout à l'heure, afin d'échapper à ces représailles de l'organisme surmené.

Toutes les excitations physiques, le grand air, les jeux sportifs, l'hydrothérapie, peuvent momentanément amender la fatigue des épuisés. Il en est de même pour les excitations chimiques, alcool, thé, café, kola, coca, morphine, etc. Mais, il est de règle que ces stimulations momentanées, qui sont un gaspillage d'énergie, soient suivies par une lassitude plus profonde.

Les conditions atmosphériques agissent aussi à leur manière.

Le temps orageux déprime les uns, excite les autres. La pluie et le ciel gris accablent, le soleil réconforte.

Enfin, les émotions et les sentiments dissipent ou aggravent la fatigue selon qu'ils sont agréables ou pénibles. Une bonne nouvelle, une société sympathique, une colère peuvent momentanément dissiper la sensation de lassitude, comme une déception, un chagrin l'exagèrent. L'influence médicale, les

paroles réconfortantes, les espoirs suggérés, les promesses de guérison ont aussi leur influence bienfaisante. Par malheur, cette stimulation, comme toutes les autres, n'a guère de résultats durables. Éteints les échos de mots encourageants, la lassitude physique reprend ses droits. C'est pourquoi la psychothérapie seule me paraît absolument incapable d'obtenir la guérison d'une neurasthénie authentique.

J'ajoute enfin que certains malades, de nature irritable et impressionnable, sont soumis à des bouffées d'excitation plus ou moins longue, qui viennent trancher sur le fond asthénique de leur état nerveux. Alors, ils ne sentent plus ni dépression, ni fatigue : ils agissent comme un sujet sain, plus que lui, même. Mais l'accès finit par s'éteindre et ils retombent dans une lassitude plus profonde.

Tel est à peu près le type moyen, commun du neurasthénique, celui que Brissaud nommait « le neurasthénique tout court » (1).

Mais à côté de ce type moyen, que de variantes, que d'exceptions !

(1) Henry Meige, Art. Neurasthénie. *Pratique Médico-chirurgicale*. Paris, 1911.

D'abord, il y a de petits et de grands neurasthéniques, depuis la dépression légère que le patient parvient à surmonter par sa volonté jusqu'aux dépressions profondes qui le rendent impuissant à l'effort, inapte à tout travail et qui touchent aux frontières de la psychose mélancolique.

Ensuite, la totalité des symptômes énumérés est loin d'être présente chez les malades. Les uns ne souffrent que de fatigue physique, d'autres seulement de fatigue intellectuelle. Il y a des types incomplets et des types frustes.

Puis, les symptômes existants ne se développent pas tous avec la même valeur. Tantôt, c'est la dépression, dans ses divers modes, qui domine, tantôt l'irritabilité ou les phénomènes anxieux; tantôt même c'est un symptôme isolé, céphalée, vertige, palpitations, qui occupe le premier plan de la scène. Comme le malade ne se plaint souvent que du symptôme dont il souffre le plus, passant les autres sous silence, il pourrait se produire dans ces cas des erreurs de diagnostic, si le médecin, par son interrogatoire et son examen, ne prenait soin de dépister le fond neurasthénique dont le signe accusé n'est qu'une manifestation grossie.

Dans toutes ces variations individuelles, on peut retrouver le plus souvent le facteur personnel préexistant du malade. Il semble que le malaise se fixe chez lui sur le point le moins résistant, amplifie les sensibilités natives. Chez l'individu naturellement triste, la névrose sera surtout mélancolique ; chez le colérique, elle sera irritable ; chez l'inquiet, elle devient anxieuse. L'apathique sera plutôt déprimé, l'excitable surtout agité. Bref, le facteur individuel joue un rôle primordial dans la physionomie clinique que prendra la névrose, en vertu de la loi que j'ai formulée : *L'état de dépression nerveuse exagère toutes les tendances anormales ou morbides du caractère* (1).

*
* *

De l'étude de ces symptômes que nous constatons chez le neurasthénique, pouvons-nous maintenant nous faire une idée de la maladie dont il est atteint ? Pouvons-nous entrevoir ce qu'est la neurasthénie ?

Cliniquement, elle nous apparaît bien comme consistant essentiellement en une

(1) Hartenberg, *Psychologie des neurasthéniques*, p. 179.

diminution des fonctions nerveuses, un amoindrissement de son activité, un état de dépressions, d'asthénie. Et à cet égard, rien n'est plus heureux que le mot dont on l'a baptisée : le terme de neurasthénie exprime bien la nature des troubles dont souffrent les malades. D'autres expressions ont été proposées : on l'a nommée tour à tour : épuisement nerveux, fatigue nerveuse, fatigue organisée, etc. Au fond, ces diverses dénominations sont synonymes, elles traduisent toutes la même notion d'une diminution fonctionnelle des centres nerveux.

La neurasthénie nous apparaît donc essentiellement comme un état de dépression, d'asthénie nerveuse, dont les manifestations, dans les divers domaines, moteurs intellectuel, affectif, sensitif, volontaire, organique fournissent les symptômes cliniques.

Il est vrai qu'à côté de ces signes d'asthénie nous avons rencontré également des signes d'irritabilité qui semblent faire avec eux un contraste quasi-paradoxal. Sur le fond général de dépression, il est assez surprenant, en effet, de voir apparaître des phénomènes d'excitation qui paraissent exprimer beaucoup plus un excès d'énergie qu'une insuffisance.

Mais une telle association de phénomènes n'est contradictoire qu'en apparence : elle est au contraire, en réalité, parfaitement conforme au mécanisme même de la vie.

C'est en effet une loi de toute substance vivante, de tout organe, que sa diminution de vitalité s'accompagne d'une augmentation de l'irritabilité. Toutes les observations biologiques du règne animal en font foi. Il en est de même pour l'organisme humain. Un cerveau affaibli, anémié, devient momentanément plus excitable, au point qu'on a attribué les convulsions épileptiques à l'anémie cérébrale. Le muscle fatigué, épuisé, offre de la contracture, des contractions idio-musculaires renforcées. Le cœur surmené précipite ses battements. Et rien de plus logique, au fond. Un organe ou un organisme en diminution d'énergie a besoin de réactions plus fortes pour se défendre. La substance vivante les lui fournit momentanément : grâce à elles, il triomphera de la cause nocive, ou bien, complètement épuisé, il succombera après ce dernier effort, cette suprême résistance.

C'est ce qui se passe pour le système nerveux du neurasthénique. Affaibli, il devient plus irritable. Et c'est dans cette irritabilité

qu'il faut voir quelques-uns de ses moyens de défense. L'irritabilité n'est donc en somme qu'un corollaire naturel de la dépression.

L'essence de la neurasthénie est donc bien la dépression nerveuse : tous ses syptômes la traduisent, en découlent, même les symptômes d'irritabilité : elle est le syndrome dépressif par excellence.

Pour mieux faire comprendre cette dépression nerveuse, j'ai fait appel à la comparaison classique des phénomènes nerveux avec les phénomènes électriques.

Tout le monde sait que pour qu'un appareil électrique — lampe, sonnerie ou moteur — fonctionne convenablement, il est nécessaire que le courant actionnant cet appareil possède une force électro-motrice, un potentiel suffisant. Si ces propriétés lui font défaut, l'appareil fonctionne d'une façon défectueuse, la lampe éclaire mal, la sonnerie s'entend à peine, le moteur a un mauvais rendement. Eh bien! si nous reportons cette comparaison à l'activité nerveuse, nous aurons une image de l'état neurasthénique. Pour que le système nerveux fonctionne bien, il lui faut également un potentiel suffisant, sans quoi les diverses opérations dont il est chargé

s'accomplissent d'une façon défectueuse. Et ces troubles du dynamisme nerveux, par défaut de potentiel, réaliseront les symptômes que nous constatons chez les neurasthéniques.

Cette conception qui rattache tous les troubles cliniques à une même dépression fondamentale, je m'empresse de le dire, n'est pas une simple vue de l'esprit. De nombreux faits d'observation pratique viennent à son appui. Je n'en retiendrai que deux, qui nous en fournissent pour ainsi dire une démonstration naturelle.

En premier lieu, nous voyons que toute fatigue, toute dépression momentanée, survenant chez un individu sain, donne naissance à une série de phénomènes qui correspondent singulièrement avec les symptômes neurasthéniques : ce sont la même difficulté à l'effort physique et intellectuel, le même sentiment de tristesse, la même altération de la volonté, la même insomnie de fatigue, que chez le neurasthénique. On peut dire que toute fatigue intense succédant à un surmenage, représente un accès momentané de neurasthénie, ou encore que la neurasthénie elle-même n'est qu'une « fatigue organisée » (Maurice de Fleury).

Mais il est encore une épreuve contraire, plus significative peut-être. C'est la constatation de la facilité et de la rapidité avec lesquelles s'évanouissent tous les signes de neurasthénie, chaque fois que s'amende momentanément la dépression centrale. Qui n'a observé la totale métamorphose qui s'accomplit chez un neurasthénique, sous l'influence d'une excitation, matérielle ou psychique? Combien de fois ai-je vu des mondains neurasthéniques, venant dîner en ville, l'œil éteint, la voix blanche, faisant effort pour simuler un pâle sourire, et chez lesquels, une heure plus tard, par l'effet des lumières, de la causerie, des vins, du café et des liqueurs, asthénie, tristesse, avaient disparu comme par enchantement! Qui n'a remarqué autour de soi la transfiguration instantanée que peut produire une bonne nouvelle, une émotion agréable chez un neurasthénique!

C'est donc bien la dépression nerveuse centrale qui est la cause de tous les signes de neurasthénie. De même qu'elle les crée, ils disparaissent avec elle. La neurasthénie est bien la maladie de la dépression nerveuse chronique.

Cette conception offre le mérite d'écarter tout malentendu et toute équivoque. Avec elle, les frontières de la névrose se limitent exactement : son diagnostic devient facile et rapide. Est neurasthénie, tout ce qui est dépression simple : n'est pas neurasthénie, tout ce qui n'est pas dépression nerveuse.

Mais il est un autre avantage, bien plus appréciable encore : c'est l'indication très nette qui nous est fournie pour la nature du traitement à instituer.

Si tous les symptômes ne sont que l'expression de l'asthénie profonde, la thérapeutique devra viser essentiellement à faire disparaître cette asthénie, à combattre ses causes provocatrices. Point n'est besoin de s'attaquer tour à tour et partiellement aux divers désordres, moteurs, intellectuels, sensitifs, volontaires, affectifs, dont se plaignent les malades. Une seule action efficace contre l'asthénie même suffit : et à sa suite, tous les symptômes, sans qu'on s'en soit occupé, disparaissent spontanément. C'est ce que nous verrons au chapitre de la thérapeutique.

Mais si la neurasthénie est la dépression nerveuse, elle n'est que cela. Elle ne doit

englober nullement les nombreux accidents névropathiques qu'on lui a attribués d'une façon illégitime. C'est une tendance de notre époque, en effet, de faire entrer presque tous les troubles nerveux dans la neurasthénie, tendance contre laquelle j'ai déjà protesté. Nous verrons plus loin, il est vrai, que nombre de désordres nerveux peuvent, en plus des symptômes que je viens de décrire, se rencontrer chez les neurasthéniques. Mais nous verrons aussi, d'après leur nature et leur origine, que ces troubles n'appartiennent pas véritablement au tableau neurasthénique, qu'ils n'en sont que des complications, occasionnelles et contingentes.

En conséquence, si j'avais à définir la neurasthénie, je la nommerais exactement : l'état de dépression simple du système nerveux.

*
* *

Quant à la lésion même de la neurasthénie, elle nous est absolument inconnue. Épuisement de la cellule nerveuse, intoxication (1)? Nous l'ignorons.

(1) M. Page, *La Toxémie neurasthénique.*

Jusqu'à présent, ni les autopsies, ni les examens microscopiques, ni les analyses urinaires ne nous ont fourni aucun indice probant, nous renseignant sur la nature intime de la neurasthénie.

Mais une perturbation cellulaire doit exister, assurément. Quoi qu'on puisse dire, *la neurasthénie est une affection physique, matérielle du système nerveux*. Elle n'est pas purement représentative, imaginaire. Sans doute, chez certains malades, l'autosuggestion peut en exagérer quelques symptômes, mais la dépression fondamentale et réelle, celle qu'on apprécie et mesure à l'aide d'appareils, n'en existe pas moins. Quand on sait ou veut la chercher, on la retrouve. Et tout le problème thérapeutique consiste à en trouver les causes et à la faire disparaître.

CHAPITRE II

POURQUOI DEVIENT-ON NEURASTHÉNIQUE?

Les causes provocatrices à la suite desquelles nous voyons chaque jour des individus devenir neurasthéniques sont extrêmement nombreuses et variées. Elles appartiennent à tous les domaines: physique, émotif, intellectuel. Nous allons les énumérer rapidement.

Les maladies infectieuses, aiguës ou chroniques, sont souvent suivies ou accompagnées de dépression nerveuse.

En tête, vient la *grippe*. L'influence dépressive de la grippe est bien connue des praticiens. Fréquemment, ils observent ces malades qui, après un accès d'influenza même bénin, demeurent pendant des semaines, des mois dans un état d'accablement, de faiblesse

nerveuse, dont il est très difficile de les faire sortir. De là le terme, devenu classique aujourd'hui, de neurasthénie post-grippale.

La *fièvre typhoïde* peut laisser aussi après elle une période, plus ou moins longue, de dépression.

Le *paludisme* crée souvent un état neurasthénique, fréquent chez les coloniaux et qui persiste parfois pendant des mois après le retour dans la métropole.

La *tuberculose* entretient aussi un état de dépression, d'apathie, de tristesse qui traduit nerveusement la déchéance physique d'un organisme miné par une infection profonde.

La *syphilis*, surtout à sa période secondaire, s'accompagne également de symptômes d'asthénie.

Les **intoxications** agissent dans le même sens : *alcool*, *plomb*, *mercure*, *tabac*, *opium*, etc., etc., sont facteurs de neurasthénie.

Parmi les **affections organiques générales**, signalons d'abord l'artério-sclérose, le diabète, la goutte.

Le rôle pathogénique de *l'artério-sclérose* est, dans certains cas, si évident et si net que

Régis a proposé de mettre dans une classe à part les neurasthénies par artério-sclérose.

Dans le *diabète*, la dépression nerveuse, la fatigue physique et intellectuelle, la tristesse, sont signalées depuis longtemps, soit dans la maladie confirmée, soit à la phase de début. L'état neurasthénique peut même être considéré comme un des symptômes révélateurs de l'affection. Cette cause vient encore se joindre à toutes les autres pour rendre obligatoire l'examen des urines chez tout neurasthénique.

La goutte crée chez les sujets qui en sont atteints une véritable prédisposition à la neurasthénie, par la lente et progressive intoxication du système nerveux.

Les **affections des viscères** se montrent aussi fréquemment génératrices de neurasthénie.

La dépression des *néphrites chroniques* est signalée dans tous les traités classiques.

Les lésions des organes génitaux entretiennent souvent aussi un état d'affaiblissement nerveux. C'est ce qu'on constate dans les *prostatites* et les *uréthrites* chroniques chez l'homme, dans les *affections utérines*, *ova-*

riennes et *annexielles* chez la femme. Il semble que ces inflammations profondes épuisent lentement le système nerveux, créant pour ainsi dire une fuite continuelle d'énergie nerveuse.

L'asthénie des *affections surrénales* est classique.

Mais de toutes ces affections viscérales qu'on trouve à l'origine de la neurasthénie, les plus fréquentes de beaucoup sont assurément les *troubles de l'appareil digestif*. Le nombre de neurasthéniques qui souffrent de troubles digestifs est considérable. Lorsqu'on les examine, on constate de la dilatation d'estomac, du clapotement, de la stase. Ils accusent un manque d'appétit, des digestions longues, pénibles, avec ballonnement, gonflement, gêne dans la région épigastrique, somnolence, bouffées congestives à la tête. La langue est blanche, la bouche pâteuse. Souvent le foie est augmenté de volume et sensible à la pression. Du côté de l'intestin, on relève soit de la constipation habituelle, soit des alternatives de constipation et de diarrhée. Quelques-uns ont de l'entérite muco-membraneuse. Enfin, l'analyse des urines décèle de l'urobiline, de la bile, de l'indican.

La question de savoir si les troubles gastro-intestinaux sont cause ou conséquence de l'asthénie nerveuse est encore controversée. Pour ma part, je l'ai déjà dit, mon expérience m'a convaincu que dans la grande majorité des cas, la dyspepsie ou l'entérite sont des facteurs importants de la névrose. Lorsqu'on interroge les malades et leur entourage, on apprend le plus souvent que les troubles digestifs ont précédé de plusieurs mois, plusieurs années même, l'éclosion des troubles nerveux. Puis, une émotion est survenue : et la neurasthénie s'est déclarée.

Je crois donc que ces désordres gastro-intestinaux sont des causes provocatrices dans le plus grand nombre des neurasthénies courantes. Sans doute, une dépression nerveuse peut occasionner de la dilatation, de la ptose, de la constipation : mais ces signes ne sont ni aussi profonds, ni aussi durables que chez les dyspeptiques d'habitude. Et la démonstration probante du rôle pathogénique de la dyspepsie c'est qu'il suffit de la combattre et de la guérir pour voir disparaître, dans nombre de cas, les symptômes nerveux.

D'où proviennent ces troubles digestifs ? De causes multiples. C'est, pour l'estomac, la mau-

vaise hygiène alimentaire, la tachyphagie, habituelle chez les nerveux, l'excès de boissons aux repas. C'est pour l'intestin la constipation négligée, conséquence de la mauvaise alimentation, de la vie sédentaire, de l'insuffisance d'activité physique.

Les **maladies organiques du système nerveux** débutent fréquemment par une phase neurasthénique avant que les symptômes lésionnels se manifestent. Il en est ainsi pour la *paralysie générale*, le *tabes*. Chez un homme entre 40 et 50 ans où l'on voit survenir sans cause appréciable des signes de dépression, il faut toujours songer à la méningo-encéphalite. De même, j'ai observé plusieurs fois la *neurasthénie pré-tabétique*. La *démence précoce* peut aussi débuter par l'asthénie.

La *maladie de Parkinson*, qui doit être considérée sans doute comme une affection organique du névraxe, quoique la lésion nous échappe encore, s'accompagne de symptômes de neurasthénie, fatigue, tristesse, etc.

Dans un tout autre ordre d'idées, nous voyons encore la neurasthénie accompagner fréquemment certaines **périodes critiques** de l'évolution humaine : puberté, croissance, ménopause, présénilité. Il semble que dans

ces périodes, l'organisme subisse une sorte de crise qui met le système nerveux en infériorité et durant laquelle il fléchit, insuffisant à sa tâche normale et complète.

On voit parfois des enfants qui, n'ayant présenté jusqu'alors aucun signe de fatigue et d'asthénie, deviennent neurasthéniques au moment de la *puberté* ou de l'*adolescence*. Le plus souvent, ces enfants ont grandi extrêmement vite, ont subi une poussée exagérée de croissance, à la suite de laquelle les troubles nerveux ont apparu. Lorsqu'on les examine, en effet, on constate qu'ils sont tout développés en longueur, comme étirés, avec un thorax allongé et mince, des membres trop longs et trop grêles, une musculature insuffisante.

« Ce sont des enfants qui, comme on dit, ont grandi très vite. Et, en effet, ils sont allongés et maigres. Leur face présente les traits marqués caractéristiques de cette époque de transition que les gens du monde appellent l'âge ingrat. Leur teint pâle et décoloré reflète leur nutrition imparfaite.

« En les interrogeant, ils racontent qu'ils ont souvent mal à la tête; que, lorsqu'ils veulent travailler, ils ont la tête comme serrée

dans un casque; leur mémoire est paresseuse, leurs leçons, leurs devoirs sont pour eux un travail qui demande un grand effort. Ils se plaignent de mal dormir, et le matin, en se levant, ils sont fatigués, et comme courbaturés (1).

« La croissance a une action des plus puissantes sur l'apparition des premiers symptômes de la neurasthénie. Quelquefois l'hérédité se traduit pendant la première enfance par des convulsions à l'occasion des maladies aiguës, par un caractère irascible, par des terreurs nocturnes, par des tics, etc. ; mais, le plus souvent, le système nerveux sommeille pour ainsi dire dans toute cette période, et les premières manifestations de la neurasthénie se montrent en même temps que la poussée de croissance qui se fait au moment de la puberté. C'est à ce moment que la tare héréditaire qui n'était que soupçonnée éclate avec évidence. Si l'on se reporte à ce que nous avons dit à propos de la physiologie de la nutrition au moment de la puberté, on verra que l'hérédité et l'état de la nutrition d'un enfant étant connus, on peut, on doit prévoir les

(1) Springer, *Étude sur la croissance*. Paris, F. Alcan, 1890, p. 93.

accidents nerveux qu'une cause occasionnelle, banale, — traumatisme, peur, chagrin, fièvre éruptive, etc., — fera éclater. Et, en effet, c'est à cette époque de la vie que le système nerveux donne son maximum d'action.

« Quelles sont les causes qui l'influencent? La croissance rapide, évoluant sur un terrain dont la nutrition n'est pas à la hauteur de sa tâche, a une tendance à localiser son action sur le système nerveux. S'il existe une tare héréditaire, il ne s'agit plus d'une tendance, mais d'un appel énergique.

« Mais il est une autre cause qui va faire parler l'état nerveux : c'est la suractivité cérébrale et médullaire. Et, en effet, cette époque coïncide avec le moment où les enfants des collèges ont à donner le « coup de collier ». Il y a là un effort qui fait sombrer les systèmes nerveux prédisposés. De plus, c'est l'âge où l'imagination s'éveille, où certaines lectures font entrevoir au collégien des horizons inconnus; son imagination s'y plonge avec avidité et c'est le système nerveux qui paie tous les frais de cette débauche cérébrale. Ce n'est pas tout : c'est à ce moment que les fonctions de la génération s'établissent, que des désirs s'éveillent, et

avec eux, le coït prématuré et la masturbation viennent encore mettre le système nerveux à contribution.

« Comment ce système peut-il faire face à toutes ces dépenses qui fondent sur lui en même temps? Si la nutrition se fait normalement, le surcroît des recettes peut rétablir l'équilibre ; mais, si l'organisme est taré, si la nutrition se fait anormalement, si, par exemple, une dyspepsie persistante fait que les matériaux de la nutrition sont élaborés d'une façon anormale, la nutrition du système nerveux est entravée, et la neurasthénie apparaît (1)... »

Il paraît donc légitime d'attribuer leur état neurasthénique à cette trop rapide croissance. Il semble que, chez eux, le système nerveux n'ait pas pu suivre le développement rapide du squelette et des viscères, qu'il se trouve en retard, en insuffisance, trop faible pour subvenir aux fonctions motrices et trophiques d'un organisme qui lui est disproportionné. Alors, il lutte, s'épuise, faiblit : les signes d'asthénie apparaissent. Il s'y joint en général un degré d'anémie assez prononcé.

(1) Springer, *Étude sur la croissance*. Paris, F. Alcan, 1890, p. 91.

Chez les filles, les symptômes nerveux se trouvent généralement associés aux troubles de la vie génitale : absence ou pauvreté des règles, leucorrhée.

Chez les garçons, qui, se trouvant à ce moment à l'école, doivent faire un effort pour les examens et les concours, ce sont surtout les troubles intellectuels qui attirent l'attention : difficulté du travail, diminution de l'attention et de la mémoire, paresse apparente qui est souvent mal interprétée.

La *ménopause* produit chez la femme une série de troubles psychiques variés, parmi lesquels se place la dépression du système nerveux. Des accidents analogues survenant parfois après la castration, il y a lieu d'attribuer cette neurasthénie de l'âge critique à la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire.

Mais la neurasthénie de la ménopause n'existe pas seulement chez la femme : elle apparaît aussi chez l'homme. En effet, un certain nombre d'auteurs, Bombarda, Mendel, Maurice de Fleury, se sont efforcés de montrer que chez l'homme comme chez la femme, il existe dans le voisinage de la cinquantaine une période critique qui s'accompagne de troubles nerveux, parmi lesquels la neuras-

thénie. Tout récemment, Rémond (de Metz) et Voivenel ont publié un important plaidoyer en faveur de cette thèse. D'après ces auteurs, le ralentissement de la sécrétion interne du testicule, accompagné d'hyperfonction prostatique créant une surcharge toxique, provoquerait un état neurasthénique avec fatigue, dépression, céphalée, sentiment d'impuissance physique et intellectuelle, phobies et obsessions (1).

Enfin, la *période présénile* de l'existence, celle qui se localise aux approches de la soixantaine, peut s'accompagner d'une sorte de fléchissement des fonctions cérébrales et nerveuses qui se traduit notamment par des symptômes neurasthéniques.

Je l'ai constaté chez quelques individus, gros mangeurs, gros buveurs, grands travailleurs, grands sexuels, qui durant de longues années ont usé et abusé de leur énergie nerveuse, jusqu'au jour où subitement leurs forces défaillent, où l'usure irréparable de leurs tissus et de leurs organes se manifeste impitoyablement. La fatigue, la difficulté du tra-

(1) Rémond (de Metz) et Voivenel, *Essai sur le rôle de la ménopause en pathologie mentale. Encéphale*, 10 février 1911.

vail, l'affaiblissement de la mémoire, de l'attention sont les premiers symptômes de la déchéance sénile qui apparaît.

Le **surmenage** physique et intellectuel a été naturellement incriminé comme provocateur de la neurasthénie, maladie de fatigue. On la voit en effet succéder à de grands efforts, à des dépenses d'énergie répétées, soit dans des épreuves sportives, soit à la suite de travail intellectuel excessif, qu'il s'agisse d'ailleurs d'un financier, d'un industriel qui se surmène, d'un artiste qui crée une œuvre, d'un candidat qui prépare un concours.

Mais à un examen plus approfondi, on constate qu'en réalité la question est un peu différente. Sans doute, on peut voir survenir à la suite d'un surmenage une période de fatigue; mais cette fatigue n'est jamais très durable, ni très grave dans ses conséquences. Le sujet, ne pouvant plus travailler, se repose; et le retour à l'état normal de l'énergie s'accomplit spontanément.

C'est qu'en fait, derrière l'excès de travail apparent se cache une autre cause, beaucoup plus active : l'état émotif qui l'accompagne. Car l'individu qui travaille ne le fait pas

avec indifférence. Son travail est mêlé d'inquiétude, d'espoirs, de déceptions, d'incertitudes, c'est-à-dire accompagné sans cesse d'un facteur affectif. Or, c'est ce facteur affectif qui produit la neurasthénie, beaucoup plus que le travail lui-même. Il est aisé de s'en convaincre par l'interrogatoire même des malades. Tous ont passé par des émotions fortes et répétées avant d'échouer dans la névrose.

Je suis donc d'avis qu'un surmenage seul, un travail indifférent est incapable d'amener la neurasthénie. Un savant travaillant paisiblement dans son laboratoire, un ouvrier qui accomplit sa besogne comme une machine, automatiquement, ne deviennent pas neurasthéniques. Sans doute, la dépense d'énergie excessive peut favoriser l'éclosion de la dépression; mais le facteur qui la provoque, c'est l'état émotif.

Ce sont donc les **émotions** qui sont responsables, pour la plus grande part, des crises de neurasthénie par surmenage apparent.

Ces émotions appartiennent à la classe qu'on nommait autrefois les passions dépressives : inquiétudes, craintes, déceptions, chagrins, deuils inconsolables.

Variables, selon l'âge et la condition sociale de l'individu, elles agissent au fond de même.

C'est l'émulation, l'anxiété d'obtenir la première place qui fait le surmenage scolaire. C'est l'incertitude du résultat, l'angoisse du concours qui fait la neurasthénie des candidats, neurasthénie qui guérit vite en général s'ils ont réussi, sous l'influence de leur satisfaction réconfortante, qui au contraire traîne et s'éternise s'ils subissent en outre la déception de l'échec. Ce sont encore toutes les secousses émotives de la vie quotidienne, les inquiétudes, les froissements, les alternatives de déception et d'espérance, la fièvre, la tension nerveuse dans laquelle ils se trouvent sans cesse, qui fait la neurasthénie des financiers, des industriels, des grands commerçants, des carrières libérales, des inventeurs, des écrivains, des artistes. S'il est vrai que la neurasthénie augmente de fréquence, c'est assurément à cause des difficultés mêmes de la lutte pour le succès dans notre époque de concurrence à outrance, qu'il faut l'attribuer. Il y a peut-être plus de surmenage cérébral qu'autrefois; mais il y a surtout plus de surmenage émotionnel.

Autant que dans la vie des travailleurs qui

produisent, dans la vie des mondains oisifs il existe de la tension émotive. Le besoin de paraître, les froissements d'amour-propre, les vexations, les méchancetés, les calomnies qui fleurissent dans le monde, entretiennent chez ses figurants les mêmes secousses, les mêmes déceptions que chez ceux qui consacrent leur cerveau à une tâche plus utile. Joignons-y les intoxications alimentaires, les excès sexuels, l'insomnie, l'ennui, etc., et nous comprendrons pourquoi tant de désœuvrés traînent de plaisir en plaisir une lourde neurasthénie.

Les chagrins, les deuils, les revers de fortune agissent dans le même sens. Combien de neurasthéniques inconsolables d'avoir perdu un être cher, une situation, une fortune!

Les conflits intérieurs de la *chasteté* ont aussi été incriminés comme une des causes provocatrices de la neurasthénie. Depuis longtemps les auteurs avaient remarqué que l'abstinence sexuelle, malgré des désirs ardents, provoquait chez les jeunes gens, chez les célibataires, chez les ecclésiastiques un état de dépression nerveuse, avec lassitude, tristesse, ennui, dégoût de la vie, incapacité de la volonté active. Tout récemment M. Renaudin a traité particulièrement ce sujet, en

s'appuyant sur des cas observés personnellement (1).

« A l'individu..., l'image charnelle s'impose impérieusement, ses sens sont dans un état constant d'excitation, et pourtant non seulement il ne cède pas à leur impulsion, mais il lutte pour chasser de son cerveau l'image voluptueuse qui l'obsède. Cette lutte permanente est, pour le système nerveux, une source de fatigue considérable; il n'est pas étonnant de le voir fléchir, présenter bientôt des symptômes d'affaiblissement, d'asthénie, de dépression, de diminution de son potentiel, toutes expressions équivalentes : la neurasthénie est constituée.

« Lorsque aucune tare héréditaire n'intervient pour modifier la névrose dans un sens déterminé, la « neurasthénie virginale » (si l'on veut bien me passer ce néologisme) se rapproche du type : dépression, agitation chronique du premier ou du deuxième degré (classification de P. Hartenberg).

« Le réveil est pénible; pendant la phase crépusculaire, des idées sinistres traversent

(1) G. Renaudin, Du rôle de la virginité dans l'étiologie de la neurasthénie. *Archives médico-chirurgicales de Province*, septembre 1911.

l'imagination du jeune homme; il regrette de n'être pas mort pendant son sommeil...; au fur et à mesure que ses notions se précisent, deux sentiments s'emparent de lui avec netteté : l'ennui : il songe combien l'existence est bête et vide; la fatigue : il voudrait prendre racine, là, sur son lit, s'y incruster, ne plus bouger, attendre la mort libératrice. Seulement l'intellect est intact chez le neurasthénique : tout en caressant voluptueusement l'image de la mort, il « sait » qu'elle ne viendra pas le chercher comme ça;... pour se donner du ton, il adresse mentalement, comme don Quichotte à Dulcinée, une invocation à sa belle, car le jeune homme chaste est chroniquement et éperdument amoureux; et il se décide à vaquer à ses occupations. Il trouve du reste dans l'activité physique le meilleur remède à ses maux, et si son état la lui imposait de façon suffisante, il serait sauvé. Mais nous avons vu que précisément, et contrairement à l'opinion précitée du maître P. Bourget, le sujet qui nous occupe se trouve surtout dans la grande ville, occupé d'études libérales.

« Les heures terribles pour lui sont celles qu'il va passer seul, le nez dans le Droit romain ou dans l'*Anatomie humaine* de M. Testut. Quel

que soit le charme de ces études, elles ne peuvent captiver son imagination. Tout d'abord s'il s'est mis au travail trop tôt après le repas, il s'endort sur son livre, car il est d'ordinaire victime d'une hyposthénie gastrique et intestinale plus ou moins marquée. Au bout d'une heure d'un sommeil écrasant, coupé de cauchemars et de réveils brusques, il sort de sa torpeur, et pendant qu'il se frotte les yeux, les idées de suicide effleurent son esprit... Il reprend sa lecture à la ligne interrompue, mais impossible de fixer son attention : entre ses yeux et le livre s'interposent mille images incongrues où il se trouve lui-même mêlé dans les positions les plus suggestives à d'idéales formes féminines ; parfois la forme se précise et prend les traits de la femme platoniquement aimée, et c'est alors que le romanesque jeune homme s'efforce avec le plus de rage de repousser l'image voluptueuse... en pure perte d'ordinaire. Souvent, découragé, épuisé par la lutte, il jette son livre de côté et reste affalé sur un fauteuil, regardant les heures s'écouler à l'horloge, songeant au néant de cette misérable existence pour qui s'interdit les seules joies qui vaillent la peine de vivre...

« Après cela, retrouvons-nous notre déprimé

en société, nous ne le reconnaîtrons pas : il est alors en pleine phase d'excitation; nul n'est plus bruyant et turbulent parmi les étudiants, ses camarades; il va très souvent au poste, et les petites femmes de ses amis le chérissent « comme un bon type rigolo et qui ne les cramponne pas ». Cette exaltation monte encore d'un degré en présence de la femme aimée et la joie de la chère présence se manifeste souvent d'une manière bien audacieuse pour un monsieur qui ne veut pas dépasser certaines limites...

« Des éclairs soudains de dépression traversent les phases d'excitation : ce sont tout à coup, succédant à quelque bouffonnerie, des tirades du plus noir pessimisme, ou bien le garçon tout à l'heure bruyant se retire à l'écart et l'on ne peut plus en tirer un mot.

« La phase d'excitation est toujours suivie d'une période de dépression maximum : volontiers le malade fait la critique de ces instants pendant lesquels il a oublié les tristes réalités de son existence :

« Quand le malade s'abstrait par hasard de ses obsessions amoureuses, le cours de ses idées n'en est pas plus gai pour autant : tantôt ce sont des préoccupations pour sa santé, tantôt

pour son avenir, il suppute avec terreur la rente annuelle qu'il lui faudrait pour élever une famille, se désole en pensant qu'il n'y arrivera jamais, car avec sa malchance habituelle, sa situation ne lui rapportera rien et il sera trop heureux de trouver une fille pauvre qui veuille bien l'épouser. Des scrupules de conscience viennent aussi le tourmenter, dont le sujet principal est l'approche des sacrements.

« Non seulement il n'est capable que par accès de l'effort d'attention que nécessiteraient ses études, mais le moindre effort physique lui est pénible. Et puis surtout il a de la peine à se décider à faire quelque chose ; il faut qu'un camarade l'entraîne d'autorité aussi bien au travail qu'aux divertissements ; il est furieusement Triple-patte... Y... à cet égard était typique : de temps en temps il nous annonçait, en arrivant dîner, qu'il irait au théâtre le soir ; après le potage il ne savait plus s'il devait y aller ; entre la viande et les légumes, il avait bien envie d'aller se coucher ; et après le dîner il rentrait chez lui ou bien se laissait emmener n'importe où par un camarade.

« En somme, chez les sujets qui m'ont servi

de type, le syndrome psychique de la neurasthénie tel que l'a dressé P. Hartenberg était complet sans qu'aucun symptôme atteignît une acuité considérable. Nous trouvons : 1° les stigmates affectifs : fatigue avec répugnance à l'effort ; tristesse et ennui avec pessimisme et misanthropie ; émotivité, inquiétude, obsessions diverses, etc. ; 2° l'asthénie psychique manifestée par la diminution de l'attention et de la mémoire ; 3° l'asthénie volontaire. »

Ainsi donc, d'après Renaudin, cette neurasthénie virginale aurait pour facteur la lutte poursuivie par la volonté contre les impulsions sexuelles. Rappelons que, d'autre part, Freud a également considéré l'excitation sexuelle fruste, sans satisfaction, chez les jeunes gens, chez les fiancés, chez les veuves, comme une des causes de sa « névrose d'angoisse ». Il est parfaitement possible que, selon le tempérament, la prédisposition du sujet, cette même cause puisse engendrer chez l'un le syndrome dépressif, chez l'autre, le syndrome anxieux. Toutefois, il semble que dans les cas de Renaudin ce soit l'effort de résistance qui produise l'épuisement par une sorte de surmenage de la volonté : dans

les cas de Freud au contraire, l'anxiété surviendrait d'une façon inconsciente, par un mécanisme purement nerveux et non psychique, que Freud considère comme une hypertension nerveuse, qui, ne pouvant se libérer par la voie sexuelle normale, s'échappe en crises d'anxiété ou en équivalents somatiques de crises.

Enfin, les **traumatismes**, soit individuels, soit collectifs, sont générateurs de neurasthénie.

Nous avons appris à connaître ces dépressions profondes qui succèdent aux accidents du travail. Les catastrophes de chemins de fer, les tremblements de terre, les éruptions nous en apportent périodiquement des exemples. Ici encore, c'est le choc émotif, beaucoup plus que la lésion physique, lorsqu'elle existe, qui est responsable des accidents nerveux (1).

Dans toutes les éventualités qui précèdent, c'est donc, au fond, l'état émotif, beaucoup plus que l'excès de travail, la chasteté, le traumatisme, etc., qui engendre la dépression.

(1) HARTENBERG, L'état mental des sinistrés de Sicile. *Presse médicale*, 23 janvier 1909.

Mais je crois devoir ici dissiper un malentendu sur lequel on a beaucoup joué.

Puisque la neurasthénie, disent certains auteurs, provient souvent d'émotions, c'est-à-dire de causes morales, elle est donc une maladie morale et seul un traitement moral peut la guérir (1).

C'est là une singulière confusion entre les effets et la cause. De ce qu'un état dépressif provient d'une cause morale, ce n'est pas du tout une raison pour conclure que cet état n'est pas réel, organique. Ne voyons-nous pas chaque jour une émotion produire de l'ictère, de la diarrhée, de la sueur froide? Ce sont là, pourtant, des phénomènes bien nettement organiques, et personne ne songerait à les taxer de troubles psychiques. Nous savons qu'une émotion violente produit un retentissement étendu dans l'organisme, trouble la circulation, la respiration, la digestion, les sécrétions, la vie profonde des viscères (2).

Or elle doit retentir également sur le sys-

(1) Dubois, *Les Psychonévroses et leur traitement moral*, Paris.

Déjerine et Gauckler, *Les manifestations fonctionnelles des Psychonévroses*.

(2) Hartenberg, *L'hystérie et les hystériques*. Paris, F. Alcan, 1910.

tème nerveux. Les passions dépressives créent par leur intensité ou leur durée une dépression permanente du système nerveux à laquelle viennent se joindre les troubles circulatoires, digestifs, nutritifs que l'émotion provoque par ailleurs. Il en résulte une altération de l'activité des centres nerveux dont l'asthénie est l'expression extérieure.

Ainsi, quoique née de causes émotives souvent, la neurasthénie n'est pas pour cela une maladie purement morale. La cause morale a déterminé un trouble physique. Le seul cas où la neurasthénie pourrait être considérée comme de nature purement morale, c'est lorsqu'elle serait due exclusivement à un mécanisme d'autosuggestion. Or ce ne serait plus alors de la neurasthénie vraie, mais une pseudo-neurasthénie, de nature imaginative ou, si l'on veut, hystérique.

Mais en dehors de toutes les conditions pathogéniques que nous venons d'envisager, il y a des cas où nous voyons la neurasthénie s'installer, rapidement ou progressivement chez un malade, sans aucune cause apparente ni connue qui puisse en expliquer l'apparition. Sans que rien soit changé dans leur

existence, sans maladie physique et sans commotion morale, on les voit tomber, plus ou moins rapidement, dans un état de dépression, avec tout l'accompagnement des signes cliniques dépressifs. Cet état dure un certain temps, plus ou moins long, de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, et puis il guérit spontanément et disparaît sans cause appréciable comme il était venu. Tant qu'il persiste, il demeure rebelle à toute thérapeutique. Après la guérison, il se reproduit en général un certain nombre de fois dans la vie du malade. En lisant cette description, je devine bien que nombre de mes confrères se sont dit en eux-mêmes: « Mais il s'agit ici d'un accès de mélancolie intermittente. » Assurément, ces crises de dépression épisodique sont classées actuellement dans la folie-maniaque dépressive ou dans la cyclathymie (1). Mais pour ma part, je ne suis pas convaincu du tout que cette nouvelle attribution nosologique soit légitime. Déjà, les auteurs les plus favorables à l'existence de cette vaste entité morbide, la folie maniaque dépressive, ont dû reconnaître qu'il existait

(1) Deny, La Cyclothymie. *Semaine médicale*, 8 avril 1908. Pierre Kahn, *La Cyclothymie*.

des formes mixtes, frustes, atypiques, qui s'éloignent de plus en plus du schéma théorique de la psychose. Il vient un moment où ces formes ne tiennent plus à elle que par un filtrès ténu, et l'on peut se demander alors si vraiment un tel diagnostic est encore justifié. C'est là précisément ce qui se passe pour ces accès de neurasthénie intermittente.

Tout d'abord, si je me permets de donner le nom de neurasthénie à ces accidents, c'est que vraiment ils présentent tous les caractères de la dépression simple et que les caractères essentiels de la mélancolie lui font défaut. Nous savons en effet que ce qui domine dans la mélancolie, c'est essentiellement la douleur morale, le chagrin profond et sans motif qui torture le malade, au point que les psychiatres considèrent la mélancolie comme une maladie essentiellement affective. En ce qui concerne les fonctions psycho-motrices, elles paraissent chez les mélancoliques beaucoup plus troublées par inertie que par insuffisance. Il semble qu'il y ait chez eux une véritable paralysie cérébrale de l'intelligence, de la volonté, des émotions sthéniques. Alors que le neurasthénique veut et ne peut pas, le mélancolique ne veut rien : cette formule rend

bien la différence psychologique entre ces deux formes d'aboulie.

Et bien! chez les dépressifs intermittents que j'ai en vue, on ne rencontre pas du tout ces caractères de la mentalité mélancolique. Ils ont tous les signes de la neurasthénie simple, tout à fait semblables à ceux de la neurasthénie acquise par les diverses causes que j'ai passées en revue. Dans ces conditions, je ne vois pas pourquoi on s'obstinerait, au prix d'une déformation de la vérité, à faire entrer de force ces sujets dans la mélancolie, alors qu'il est bien plus simple et plus juste d'admettre un type de neurasthénie intermittente. On peut supposer que les actions profondes et mystérieuses de l'organisme qui créent de toutes pièces la neurasthénie constitutionnelle, qui font la prédisposition des neurasthéniques, peuvent intervenir d'une façon intermittente, en vertu de causes que nous ignorons, pour provoquer des accès de dépression temporaire.

Du reste, ces crises intermittentes de troubles psycho-nerveux sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le supposait jusqu'à présent. Elles ne se limitent nullement aux seules crises de dépression ou d'excitation de la psy-

chose périodique. Tous les grands syndromes peuvent survenir ainsi par accès. Outre la dépression simple que nous étudions ici, il existe également des accès d'énervement, d'anxiété pure (sans aucun appoint mélancolique), d'irritabilité coléreuse, d'obsessions, d'impulsions, etc. J'en ai constaté de parfaitement nets à maintes reprises. L'épilepsie n'est-elle pas aussi une névrose intermittente?

Il faut donc admettre, selon moi, que l'intermittence, l'apparition et la disparition spontanée de troubles psycho-nerveux ne se limitent nullement aux syndromes d'excitation maniaque et de mélancolie. L'intermittence paraît être un mode d'évolution pathologique commun à tous les accidents psychonévropathiques. Elle n'est qu'une expression, parmi beaucoup d'autres, de la constitution anormale du système nerveux, exagération de son activité normale. Car l'intermittence pour tous les phénomènes de la vie, aussi bien physiques que psychiques, est la règle. C'est seulement lorsqu'elle affecte des proportions insolites qu'elle devient anormale. Et l'on comprend ainsi que la plupart des fonctions peuvent être affectées par des troubles d'intermittence morbide.

*
* *

On voit, par cette sommaire énumération, combien sont nombreuses et variées les causes provocatrices de la neurasthénie. Mais ces causes, si énergiques, si actives qu'elles soient, suffisent-elles à créer, de toutes pièces, l'état neurasthénique?

L'observation pratique nous oblige à répondre hardiment : non. Ne voyons-nous pas en effet chaque jour des individus prendre la grippe, le paludisme, la syphilis, être goutteux ou diabétiques, souffrir de l'estomac, du foie, grandir, vieillir, se surmener de toutes manières, traverser mille émotions, sans devenir pourtant neurasthéniques?

Il doit donc exister, à côté de ces causes provocatrices, une autre cause, plus profonde, plus secrète, qui permet à cette cause provocatrice de devenir pathogène. Cette cause profonde, secrète, nous ne pouvons la chercher autre part que dans une **prédisposition** spéciale du système nerveux.

En quoi consiste cette prédisposition du système nerveux? Elle consiste apparemment dans un manque de résistance à l'influence

pathogène de toutes les causes provocatrices, dans une faiblesse innée des éléments nerveux, dans une insuffisance de réaction aux facteurs dépressifs.

Le mécanisme même de la fatigue normale va nous le faire comprendre. La dépressibilité, la fatigabilité sont des propriétés physiologiques du système nerveux. Tout système nerveux est fatigable, dépressible, pour un certain nombre de causes, travail, effort, émotions, maladies, etc. La fatigue, qui empêche la continuation de l'effort, n'est qu'un moyen de défense de l'individu contre un surmenage nocif. Un individu non fatigable se tuerait à la tâche. La fatigue est donc un des moyens de conservation de l'individu et de l'espèce.

Seulement, chez l'individu normal, la fatigue se restaure vite : une nuit de repos et de sommeil suffit à la faire disparaître. Le lendemain, le sujet est redevenu frais et dispos au travail. Chacun, sous l'influence d'un deuil, d'un chagrin, d'une catastrophe, peut demeurer durant quelques jours dans un état de dépression. Mais bientôt, la réaction survient, l'énergie réapparaît, l'organisme rebondit par le ressort naturel de ses

fonctions vitales : et la dépression se relève.

Mais supposez un système nerveux qui ait moins de résistance, une fatigabilité plus grande que la normale, une capacité de réaction, de restauration moindre. D'une part, un plus petit effort, une plus petite altération le fatiguera, et d'autre part, la restauration de sa fatigue sera plus lente, moins complète. Il subsistera donc chez lui un reliquat de fatigue que le repos n'amende pas : il sera dans un état neurasthénique.

La neurasthénie n'est donc que la conséquence de cette propriété normale du système nerveux : la fatigabilité. L'état neurasthénique est dû à l'exagération de cette fatigabilité.

A quoi tient cette diminution de résistance du système nerveux? A des causes constitutionnelles, soit innées, soit acquises, et sur la nature desquelles nous sommes loin d'être fixés. Chez nombre de malades, malgré l'examen le plus minutieux, nous ne découvrons nul indice, ni nutritif, ni structural, qui nous permette de discerner pourquoi ils sont des prédisposés à la neurasthénie. Leur aspect physique est bon, leur apparence est normale, tous leurs organes fonctionnent con-

venablement : et pourtant ils sont déprimés.

D'autres fois cependant, nous constatons certaines anomalies qui nous autorisent à leur attribuer dans une certaine mesure la défectuosité nerveuse.

C'est ainsi que certains neurasthéniques nous apparaissent avec les stigmates classiques de la *dégénérescence*.

De même alors qu'on constate chez eux des anomalies physiques apparentes, des malformations du crâne, de la face, des oreilles, des dents, du squelette, etc., de même il est permis de supposer des anomalies cérébrales, invisibles mais non moins réelles, et qui ont comme effet des réactions irrégulières ou morbides dans les fonctions psychiques. Or, parmi les anomalies de l'organe cérébral se place le défaut de résistance, l'insuffisance du potentiel, la tendance à la dépression rapide, la lenteur de la restauration, en somme toutes les conditions que nous avons mises à la base de la neurasthénie.

La prédisposition constitutionnelle au syndrome dépressif n'est donc ici qu'une des nombreuses faces de la dégénérescence mentale, la conséquence d'une tare nerveuse

héréditaire ou acquise dans le premier âge de la vie.

Aussi, rien d'étonnant à ce que l'état neurasthénique s'associe si fréquemment chez ces malades avec les autres anomalies neuro-psychiques. Émotivité excessive, anxiété, phobies, obsessions, scrupules, impulsions, manies motrices, tics, perversions sexuelles, amoralité, tous ces stigmates dégénératifs se combinent à la dépression.

De là, une singulière complexité symptomatique, un tableau clinique large et chargé, qui pourra au premier abord dérouter et embarrasser l'observateur. Mais un peu d'attention, une analyse minutieuse de la psychologie du malade parviennent en général à jeter de la lumière dans cette confusion, à mettre de l'ordre dans ce chaos. Il importe d'isoler systématiquement chaque trouble, de le remettre à sa place, de réaliser pour ainsi dire un inventaire des anomalies du sujet. Et alors on s'aperçoit sans peine que ces accidents si divers ne sont qu'autant de manifestations de la tare fondamentale du système nerveux.

Chez d'autres, qui ne présentent pas de

stigmates évidents de dégénérescence, nous trouvons en revanche une *débilité générale* du corps, une nutrition indigente, des insuffisances glandulaires, une pauvreté du sang, une diminution de toutes les fonctions.

Je fais allusion ici à ces adolescents malingres et chétifs, à ces femmes pâles, anémiques, aux cheveux fins, aux tissus délicats, à la musculature misérable. Chez ces sujets, tous les organes semblent insuffisants, toutes les fonctions amoindries. Le cœur est petit, la respiration est légère, la pression artérielle est diminuée, le tonus musculaire est abaissé. Les insuffisances des diverses glandes à sécrétion interne sont probables. Depuis les importants travaux consacrés dans ces dernières années aux glandes endocrines, les publications de Léopold Lévi, H. de Rothschild, Laignel, Lavastine, etc., on connaît l'état asthénique qui accompagne les insuffisances thyroïdienne, hypophysaire, surrénale, ovarienne, testiculaire. Chez ces malades, on constate fréquemment aussi des ptoses viscérales.

Il y a lieu de supposer ici que le système nerveux subit le contre-coup de cette débilité organique générale et que sans être à pro-

prement parler affecté par lui-même, il souffre cependant d'insuffisance. L'asthénie nerveuse n'est que le reflet de la débilité générale de l'organisme.

D'autres neurasthéniques, enfin, nous apparaissent comme de grands *arthritiques*, de grands auto-intoxiqués. Ceux-ci, au contraire des précédents, sont souvent des obèses, au teint coloré, au cœur vibrant, à l'hypertension artérielle, à la musculature vigoureuse. Mais malgré ces apparences florissantes, on les voit tomber, au moindre prétexte, dans la neurasthénie. La plus légère cause occasionnelle, surajoutée à leur intoxication habituelle, retentit sur les fonctions nerveuses. Souvent même leurs accès de neurasthénie alternent avec des crises douloureuses, des éruptions cutanées, des coliques néphrétiques, souvent aussi avec des accès d'anxiété ou d'irritabilité d'humeur, au point qu'on peut admettre un certain balancement entre ces divers accidents, démontrant avec évidence leur origine commune.

Mais cette diminution de résistance du système nerveux, qu'elle soit primitive ou

secondaire, pèse sur les individus à des degrés différents. On peut admettre théoriquement tous les degrés, depuis un individu idéalement normal chez qui toute fatigue se restaure parfaitement, jusqu'à celui dont la résistance est quasi nulle. Et ainsi, nous aurons tous les degrés de la prédisposition à la neurasthénie.

Le sujet parfaitement normal ne deviendra jamais neurasthénique : aucun travail, aucune émotion ne le déprime. Il restaure toujours son énergie dépensée. C'est le type du grand actif, invincible. Nous connaissons tous de ces merveilleux organismes qui ignorent la fatigue. Saluons-les comme d'heureux privilégiés.

Puis, viendrait toute une série de degrés de fatigabilité, de résistance nerveuse. Chez tous, plus ou moins, les événements ordinaires de la vie sont bien supportés : ils ne sont pas habituellement fatigués. Mais que vienne une circonstance exceptionnelle, une cause d'altération nerveuse, travail excessif, troubles digestifs prolongés, infections, intoxications, émotions vives, crise organique de la puberté, de la ménopause, etc. : alors le système nerveux ne résiste plus, il fléchit. La fatigue s'installe : c'est l'état neurasthénique.

Tel est le cas de tous les neurasthéniques occasionnels. Tant qu'ils ne sortent pas de leur régime de vie habituel, tant qu'aucun événement insolite ne vient les secouer, tout va bien : leur système nerveux est à la hauteur de sa tâche. Mais qu'une maladie, une fatigue, un souci les assaille : et aussitôt le voici qui fléchit et se déprime. Qui ne connaît de ces individus, fonctionnaires paisibles, qui demeurent normaux tant que leur train de vie s'écoule sans incidents : mais dès qu'une émotion les trouble, qu'un effort supplémentaire leur est demandé, les voilà en proie à une crise de neurasthénie. Il est aussi des femmes, aux tissus délicats, aux membres grêles, à la peau et aux cheveux fins, qui, tant qu'elles se reposent à la montagne, à la mer, en villégiature, voire dans un sanatorium, jouissent d'une santé satisfaisante. Mais dès qu'elles se livrent aux soins de leur maison, aux sorties mondaines, la fatigue apparaît avec son cortège de tristesse, d'ennui, de découragement. Sans être normalement fatigués, ces sujets sont donc toujours en imminence de fatigue.

Enfin, tout en bas de l'échelle, existe une catégorie d'individus dont le système nerveux

débile est infiniment fatigable : il ne résiste à aucun travail. Il est tellement insuffisant qu'il paraît incapable de faire face même à la dépense d'énergie qu'exige l'accomplissement de nos fonctions organiques essentielles : circulation, respiration, digestion, nutrition générale, mobilité musculaire, etc. Aussi sont-ils toujours fatigués. Ils sont fatigués par le seul fait qu'ils sont vivants.

C'est le cas des grands neurasthéniques constitutionnels qui vivent, même ne faisant rien, dans une continuelle dépression. Chez eux, la fatigue, l'asthénie intellectuelle et volontaire, la tristesse et l'émotivité inquiète sont constantes, font partie de leur vie même. Ce sont les neurasthéniques héréditaires de Charcot, les insuffisants de Deschamps, ceux que j'ai rangés dans les tempéraments hyposthéniques (1).

Qui n'a vu autour de soi de ces sujets au système nerveux fragile, sans résistance et sans énergie, toujours fatigués, incapables d'un effort vigoureux et soutenu. Chez eux, on trouve nettement marqués tous les signes

(1) HARTENBERG, *Physionomie et caractère*. Félix Alcan, Paris, 1908.

de l'état dépressif. Ils se présentent dans une attitude fléchie, avec des gestes menus, rétrécis, une voie grêle et mal timbrée, le teint pâle, la bouche pincée, le regard mélancolique. Psychiquement, ils ont l'humeur triste et chagrine. Ils sont pessimistes, ombrageux, craintifs, timides, inquiets.

Leur vie se passe dans une continuelle fatigue. Le matin, le malade se réveille maussade, la bouche amère, la tête lourde, sans envie de travailler ni de vivre, envisageant avec appréhension la nouvelle journée qu'il lui va falloir parcourir. Pourtant, avec bien des efforts, il se lève, déjà las. Tant bien que mal, il procède à sa toilette. Peu à peu, par l'effet du déjeuner et du mouvement, il se ragaillardit un peu et se met péniblement à sa besogne avec un courage résigné.

Dans la journée, l'activité, l'agitation, le bruit lui font oublier un peu ses misères. En société, il est même capable de se montrer gai, spirituel et de sourire. Mais qu'il ne reste pas seul! car alors la fatigue, la tristesse, l'inquiétude s'emparent de lui lourdement, tout le cortège des idées noires défile dans son cerveau. Parfois, à cinq heures, il

prendra une tasse de thé qui lui donne un coup de fouet.

C'est vers le soir, aux lumières, qu'il se sent le mieux. Dîner en ville, théâtre, souper le trouvent souriant, et personne ne soupçonnerait sous le costume et le masque mondains sa profonde détresse intérieure. Puis il va se coucher, dormir d'un sommeil inégal: et le lendemain, tout recommence.

C'est chez ce neurasthénique chronique, qui connaît bien son mal et qui le sait sans remède, que l'on constate, au plus haut degré, ces corollaires de la fatigue que je signalais plus haut: la répugnance à l'effort et l'économie de l'effort. Sentant d'instinct son insuffisance dans la lutte pour la vie, il s'éloigne des grandes mêlées sociales pour s'isoler dans une inertie contemplative. Il demeure spectateur et fuit l'action. Il choisira de préférence une carrière paisible et sédentaire, deviendra bureaucrate, fonctionnaire, professeur. Et, impuissant à se dépenser au dehors, à vivre la vie active, il se replie sur lui-même, se concentre dans la vie intérieure. Il se complait dans l'analyse, dans le dédoublement du « moi ».

C'est chez lui aussi que nous voyons s'or-

ganiser, s'intellectualiser l'état affectif de dépression. Son pessimisme devient une philosophie, sa misanthropie, une méthode, son ennui, de la littérature. Il note avec complaisance toutes les nuances de sa pensée, constate ses états crépusculaires, ses sentiments de jamais-vu, d'éloignement, de dépersonnalisation, etc., devient un de ces analystes subtils dont Amiel, l'un des plus typiques des neurasthéniques-nés, nous a laissé un immortel exemple. J'ai étudié longuement cet état mental dans mon précédent ouvrage auquel je renvoie le lecteur (1).

Ainsi le facteur constitutionnel joue un rôle primordial dans l'étiologie de la neurasthénie native ou acquise. Dans ce dernier cas, son influence paraît au premier abord moins évidente. Lorsqu'on trouve chez les malades des causes importantes et suffisantes d'épuisement nerveux, il semble inutile de faire appel à une autre étiologie. Mais lorsqu'on regarde les choses de près, on s'aperçoit que, même dans ces cas, le facteur constitutionnel n'est pas négligeable. S'il n'a pas suffi à créer la neurasthénie, du moins en a-t-il favorisé

(1) Hartenberg, *Psychologie des Neurasthéniques.*

plus ou moins l'éclosion. S'il est vrai que chaque individu, même le plus normal, dont le système nerveux subit des actions altérantes, peut devenir asthénique, il n'en est pas moins vrai aussi que ces asthénies ne se montrent jamais ni très graves ni très tenaces, la réaction de l'organisme vers la guérison naturelle triomphant sans peine, tandis qu'au contraire, lorsqu'on voit une crise neurasthénique intense et prolongée, c'est qu'il existe déjà chez le malade une prédisposition native.

Pour conclure, dans l'examen comme dans le traitement des malades, cette notion du facteur constitutionnel doit toujours être présente à notre esprit. Soit qu'il crée de toutes pièces un état neurasthénique chronique avec troubles natifs du caractère, soit qu'il prédispose, à quelque degré, à l'acquisition de la dépression en augmentant les anomalies du caractère, son évaluation exacte est aussi importante pour le diagnostic que pour le pronostic.

*
* *

Il est bien évident que toutes ces causes nombreuses de l'asthénie n'agissent pas toutes

au même degré, ni avec la même fréquence.

Certaines sont rares et on ne les observe que par exception. Telles par exemple les asthénies des insuffisances surrénales et hypophysaires, celles de la prostatite ou du tabagisme.

D'autres, ne survenant pas isolément, mais accompagnant une maladie à symptômes marquants, restent confondues avec l'ensemble des autres manifestations morbides, ne viennent pas au premier plan du tableau clinique. Les malades, quoique souffrant d'asthénie, ne sont pas considérés comme des neurasthéniques, en raison des autres troubles plus graves qui éclipsent les troubles nerveux.

En conséquence, ne nous apparaîtront pratiquement comme neurasthéniques que ceux chez lesquels la cause même de la fatigue nerveuse demeure discrète, effacée, méconnue souvent, alors que les troubles nerveux viennent se mettre en évidence, attirent toute la préoccupation des malades, par la gêne ou la souffrance qu'ils déterminent. Ceux-là alors seront étiquetés neurasthéniques.

Il est donc un certain nombre d'étiologies de la neurasthénie, les plus nettes, les plus fréquentes, que nous avons à envisager d'une

façon spéciale ; elles constituent les types de neurasthéniques les plus courants.

Citons d'abord les malades qui sont neurasthéniques du fait exclusif de leur constitution défectueuse, soit que celle-ci engendre de toutes pièces une neurasthénie constante et sans répit, quel que soit le mode de vie du malade, soit qu'elle crée seulement une prédisposition grave, qui fait qu'au moindre effort, même de qualité normale, apparaissent la fatigue et son état mental associé.

Ceux-ci constituent la grande classe des neurasthéniques-nés, tributaires de la dégénérescence, affectés le plus souvent d'autres troubles psychiques issus de cette même dégénérescence, anxiété, phobies, impulsions, obsessions, scrupules, aboulie, timidité, perversions sexuelles, etc., et qui, désespérés par leurs souffrances physiques et morales, sont aussi le découragement du médecin pour leur résistance à toute thérapeutique.

Puis viennent les neurasthéniques par troubles digestifs.

Les troubles digestifs sont si fréquents chez les neurasthéniques que les premiers historiens de la névrose crurent devoir en faire un stigmate essentiel. Ce fut là, croyons-

nous, une erreur d'interprétation. Si la plupart des neurasthéniques souffrent de dyspepsie, c'est que la dyspepsie est une des causes les plus fréquentes de la neurasthénie. Il est d'ailleurs aisé de vérifier son rôle par l'histoire du malade. Si nous enquêtons sur son passé, nous apprenons que longtemps avant de ressentir des troubles nerveux, il avait à se plaindre déjà de digestions laborieuses.

Cependant, le plus souvent, ces troubles digestifs n'agissent pas seuls. Les causes émotives viennent d'habitude s'y joindre pour provoquer la maladie. C'est le surmenage émotif, on l'a remarqué depuis longtemps, beaucoup plus que le surmenage intellectuel ou musculaire, qui fait tomber dans la dépression. On doit même se demander si la fatigue intellectuelle ou physique pure, sans élément affectif, pourrait produire un tel effet. Ce surmenage émotionnel, je l'ai décrit en détail : je n'y reviendrai pas.

Nous pouvons donc admettre que l'immense majorité des individus que nous voyons deviennent neurasthéniques par le fait d'une débilité ou d'une intoxication générale, de troubles digestifs, auxquels viennent se joindre des émotions pénibles, survenant sur un

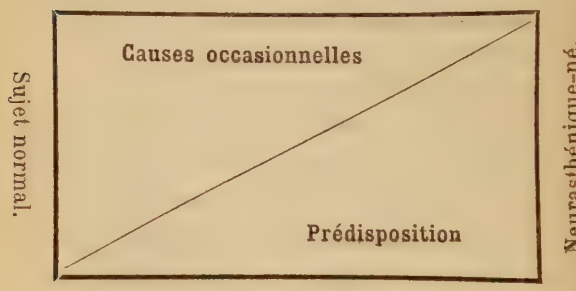
terrain prédisposé par une constitution défectueuse. Mais partout et toujours, le facteur principal dont nous devons tenir compte, c'est la prédisposition. La prédisposition, le degré de résistance du système nerveux, la vulnérabilité plus ou moins grande de la cellule cérébrale, voici l'élément qui domine toute la question de la neurasthénie, aussi bien au point de vue étiologique qu'à celui du pronostic et du traitement. Plus la prédisposition est marquée, plus tôt, toutes choses égales d'ailleurs, apparaîtra la neurasthénie. Chez les plus prédisposés, elle s'installe dès l'adolescence; chez ceux qui le sont à peine, elle tarde jusqu'à la présénilité.

C'est la prédisposition aussi qui assure la gravité, la profondeur, la durée de la dépression. J'ai observé qu'une neurasthénie profonde, accompagnée de complications psychiques, ne survenait que chez les prédisposés. Chez les autres, la dépression reste superficielle, simple, ne dure guère. Le plus souvent, elle guérit spontanément.

Enfin, c'est la prédisposition qui est, nous le verrons, le grand obstacle au traitement des malades. En effet, si nous avons quelque action thérapeutique sur les causes occasion-

nelles et acquises, nous n'en avons guère sur la constitution même du sujet, sur la structure de son système nerveux. Il faudrait pouvoir lui refaire un névraxe neuf, sans tare. Nous ne le pouvons pas. Ici, nous sommes désarmés. Notre rôle se borne à diminuer, à supprimer les actions nocives qui peuvent en exagérer les tendances morbides.

Et l'on pourrait représenter le rôle respectif de la prédisposition et des causes occasionnelles par ce schéma très simple :



On voit qu'en partant de gauche, du sujet normal, chez lequel la neurasthénie, lorsqu'elle apparaît, est produite tout entière par des causes accidentelles, on voit croître à mesure qu'on s'avance vers la droite le facteur

constitutionnel, et diminuer en proportion les causes occasionnelles nécessaires pour provoquer la névrose, jusqu'au neurasthénique-né, où la tare héréditaire fabrique de toutes pièces la maladie. Plus le malade sera situé à gauche, dans ce tracé, plus sa maladie sera légère, curable; plus il se place vers la droite, plus elle devient grave, profonde rebelle à notre thérapeutique.

*
* *

Cette analyse du mécanisme pathogénique de la neurasthénie va-t-elle nous permettre de préciser quelle place nous devons lui accorder dans nos cadres nosologiques ? Est-elle une maladie à physionomie personnelle, autonome? N'est-elle qu'un syndrome occasionnel, épisodique?

Il me semble qu'elle est à la fois, selon les cas, l'une et l'autre.

Sans doute, lorsque nous voyons l'état dépressif survenir, pour des causes si diverses, à l'occasion d'affections si différentes, il nous est bien difficile de le tenir pour une maladie distincte et nous n'y voyons qu'un syndrome nerveux venant compliquer secondairement

un état pathologique plus important. Mais, d'autre part, chez les neurasthéniques constitutionnels, où elle pèse sur toute la vie mentale et physique, évolue selon ses lois propres, représente en somme tous les troubles dont ils souffrent, la dépression affecte bien la physionomie d'une maladie propre, autonome.

A cet égard d'ailleurs, la situation de la neurasthénie est exactement celle de la plupart des accidents psychiques et nerveux que nous connaissons : excitation maniaque, états anxieux et obsédants, convulsions épileptiformes, délires variés, etc.

Comme elle, nous les voyons tous, soit existant pour leur propre compte et donnant alors l'impression d'une maladie essentielle, comme la manie, l'obsession, l'épilepsie, les délires systématisés, etc., soit au contraire provoqués par une cause étrangère, infection, intoxication, émotion, lésions diverses, etc., et donnant alors l'impression d'une simple réaction secondaire, d'un épiphénomène. Et dans tous ces cas, notre embarras à classer ces troubles est le même.

Mais au fond, ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que, pour toutes ces affections différentes,

il est une cause profonde, indéniable quoique invisible et quasi mystérieuse : c'est la prédisposition même du système nerveux à les réaliser. Cette prédisposition n'est elle-même au fond que l'exagération de phénomènes normaux, ainsi que je l'ai montré pour la fatigabilité du neurasthénique, pour l'anxiété de l'obsédé, ainsi qu'il serait loisible de le montrer pour les autres affections.

Et ainsi presque toute la pathologie nerveuse vient se ranger en définitive sous la même loi. A l'origine de la plupart de ses types morbides, on retrouve toujours la prédisposition fondamentale : toutes leurs causes apparentes ou soupçonnées ne servent en somme qu'à la révéler, à la faire passer de tendance en acte.

Ne discutons donc pas d'une façon oiseuse et superflue sur la dénomination exacte qui convient à tous ces troubles, maladie ou syndrome. Sachons seulement que tous sont la manifestation d'une prédisposition profonde qui vient se révéler pour des causes provocatrices, connues ou inconnues.

Mais en dernière analyse, c'est bien la prédisposition qui est la grande responsable.

Il est évident que dans ces conditions on

peut affirmer que la seule et vraie cause spécifique de la neurasthénie, c'est la prédisposition nerveuse du sujet, la diminution de résistance de son système nerveux à tous les agents nocifs qui permet le fléchissement de son potentiel et la chute dans la dépression. Et à cet égard on pourra dire, sans trop généraliser pourtant cette proposition, que « ce sont toujours les mêmes qui deviennent neurasthéniques ».

CHAPITRE III

LES DIVERS TROUBLES PSYCHO-NERVEUX QUI DOIVENT ÊTRE DISTINGUÉS DE LA NEURASTHÉNIE, QUOIQU'ILS SE RENCONTRENT SOUVENT CHEZ LES NEURASTHÉNIQUES.

Comme je l'ai dit en tête de ce travail, le terme de neurasthénie a pris dans ces dernières années une extension si abusive qu'on l'applique chaque jour, dans le grand public et même parmi les médecins, à une foule d'états psycho-névropathiques qui n'ont avec l'essence même de la neurasthénie rien de commun. Tels sont notamment les accidents anxieux, les phobies, les impulsions, les obsessions, l'hypocondrie, les autosuggestions variées, la mélancolie. Tous ces troubles, par leur nature, par leur mécanisme, par leurs symptômes, par leur évolution se séparent nettement du syndrôme dépressif. Ils existent

en dehors de lui, chez des malades qui ne sont nullement neurasthéniques, possèdent leur individualité clinique, leur personnalité nosologique distincte. Si la neurasthénie est un type névropathique, la phobie, l'obsession, l'hypocondrie, l'autosuggestion morbide, la mélancolie en sont d'autres. Sous aucun prétexte, elles ne doivent être confondues et réunies artificiellement dans le même cadre.

Mais, par contre, quoique essentiellement différents d'elle, ces divers troubles peuvent s'associer à l'état neurasthéniqne chez un même malade et constituer ainsi avec lui des syndromes plus complexes, des états mixtes. C'est ce qui arrive fréquemment et ce qui explique dans une certaine mesure les erreurs qui ont pu être faites. Mais cette association, si étroite, si fréquente qu'elle puisse être dans certains cas, ne justifie pas encore la confusion de leurs éléments. Nombreux sont en pathologie les exemples de combinaisons analogues d'affections diverses. Pourtant, à chacune on conserve son individualité. C'est ce qui importe également pour la neurasthénie et les autres types psycho-névropathiques. Et nous allons nous efforcer dans ce chapitre d'attribuer à chacun la part qui lui revient.

Accidents anxieux, phobies, obsessions. — Les plus fréquents des accidents qui viennent se surajouter au tableau clinique authentique de la neurasthénie, sont assurément les accidents anxieux, les phobies, les obsessions. Nous allons en faire une brève étude (1).

Il existe chez chacun de nous une forme d'émotivité normale, l'émotivité anxieuse. Cette émotivité anxieuse nous apparaît comme la plus fréquente, la plus familière de nos émotions. C'est elle qui surgit dans toutes les grandes circonstances de la vie, qui accompagne toutes nos minutes solennelles, depuis l'examen ou le concours dont dépendra l'avenir du candidat, à travers tous les événements imprévus ou saisissants de notre existence, jusqu'aux profondes douleurs morales que provoque la perte d'un être cher. On peut dire que l'anxiété ou l'angoisse apparaît chaque fois que notre « moi » se trouve en présence d'une situation grave, qu'il s'agisse d'un acte important à accomplir, d'un danger physique ou moral, d'un chagrin, même d'une secousse viscérale. Aussi l'anxiété

(1) HARTENBERG, *Les états anxieux*. Compte rendu du Congrès belge de Neurologie. Bruges, 1911.

doit-elle être considérée comme l'émotion défensive par excellence, comme la réaction instinctive du système nerveux qui avertit ou protège l'organisme en face d'une menace, d'une altération, d'un péril.

On peut y distinguer trois degrés :

1° L'inquiétude, sentiment de malaise vague, de gêne, d'insécurité.

2° L'anxiété, exagération du degré précédent, où le malaise devient franchement pénible. Elle prend souvent la forme d'attente anxieuse.

3° L'angoisse, sensation physique qui peut avoir des sièges différents : à la gorge (a. laryngée), au thorax (a. respiratoire), au cœur (a. précordiale), à l'estomac (a. épigastrique), à l'abdomen (a. abdominale). Il semble que l'élément essentiel de cette émotivité soit le sentiment d'anxiété pénible. L'angoisse physique surajoutée n'est peut-être que la conscience des divers troubles viscéraux spasmodiques du côté de la respiration, du cœur, de l'estomac, du diaphragme, des intestins, que provoque l'anxiété intense.

Or, cette émotivité anxieuse normale peut s'exagérer dans certaines circonstances et, par cette exagération, donner naissance alors à

des accidents pathologiques : les accidents anxieux.

Parfois, il ne s'agit que d'un état d'inquiétude, permanente, chronique, mais diffuse, qui accompagne la plupart des actes de la vie, va de l'un à l'autre, selon les circonstances du moment.

Mais le plus souvent, elle se fixe sur un élément idéatif, représentatif quelconque, sensation, acte, représentation, etc., pour constituer un système plus complexe idéo-émotif.

Les objets sur lesquels se fixe cette anxiété sont extrêmement variables. Tantôt, c'est une sensation externe, une situation, un acte; et alors l'émotivité anxieuse fait de cette sensation, de cette situation, de cet acte un objet d'appréhension, de peur. Tantôt, c'est dans le domaine purement intellectuel que l'inquiétude se cantonne: intervenant dans le travail du jugement, du raisonnement, elle fait naître l'incertitude, le doute. Tantôt, c'est dans le domaine moral, éthique qu'elle concentre son influence: l'incertitude porte alors sur la qualité morale des pensées et des actes: c'est le scrupule.

Tantôt aussi, chez certains malades, l'anxiété reste mobile, se déplace tour à tour

d'un objet sur l'autre, et nous les voyons ainsi tiraillés successivement par des peurs, des scrupules, des doutes, des hésitations multiples.

Tantôt au contraire, l'anxiété se condense d'une façon élective sur un objet déterminé : et il se constitue ainsi un système idéo-émotif morbide, constant et fixe : phobie, maladie du doute, maladie du scrupule, etc. (1).

Quand ces divers troubles s'accentuent, croissent en intensité, poursuivent sans cesse le malade, reviennent d'une façon intempestive, résistent à sa volonté qui ne parvient ni à les chasser ni à les surmonter, nous avons l'obsession, autant de formes d'obsessions qu'il y a d'objets à l'anxiété (2).

Ainsi, le syndrome anxieux complet comprendrait trois éléments :

1° Un état d'anxiété permanent ;

2° Des crises transitoires d'angoisse ;

3° Des phobies, des doutes, des scrupules, des obsessions diverses.

(1) Sollier, *Le Doute*. Paris, F. Alcan.

(2) Pitres et Régis, *Obsessions et Impulsions*. Paris, 1906.

Arnaud. Article *Obsession* du *Traité de Pathologie mentale de Gilbert Ballet*.

Mais en pratique, ce schéma n'est pas toujours réalisé avec cette perfection théorique, notamment à propos des phobies occasionnelles.

Quoi qu'il en soit, on voit assez nettement par cette indication succincte quelle est la physionomie clinique du syndrome anxieux.

Étudions maintenant dans quelles conditions il se produit.

D'abord, il existe une catégorie d'individus chez lesquels l'aptitude à réaliser l'émotion anxieuse, qui, je le répète, est normale et existe chez chacun de nous, paraît naturellement exagérée. Chez eux, elle se déclenche plus facilement, au moindre prétexte, semble toujours en imminence de réalisation. De là, un état d'inquiétude presque constant de leur caractère, des doutes, des hésitations, des craintes à propos des circonstances et des actes les plus ordinaires de la vie, et dans les événements exceptionnels, de grandes poussées anxieuses qui bouleversent l'individu. Ce sont ces sujets qu'on peut nommer des anxieux constitutionnels, des anxieux-nés, par similitude avec nos neurasthéniques-nés. Comme eux, ils appartiennent à la grande famille des névropathes prédisposés, ceux

qu'on nomme aussi les dégénérés. C'est pourquoi, à leur mentalité anxieuse, se trouvent fréquemment associés nombre d'autres stigmates de la dégénérescence: impulsions, troubles de l'intelligence et du sens moral, sans compter les malformations physiques qui les accompagnent souvent. La dépression, elle aussi, peut coexister avec l'inquiétude native: et alors nous nous trouvons en présence d'un type mixte, de neurasthénique anxieux constitutionnel.

Ainsi que je l'ai déjà dit, cette inquiétude fondamentale des malades peut demeurer à l'état diffus, amorphe, également répandue sur toute la trame de leur vie psychique. Mais le plus souvent, en vertu de certaines tendances de leur caractère, elle se fixe, se condense de préférence sur tel ou tel objet, sensations externes, jugement, éthique, etc.: et nous avons alors des phobies, la maladie du doute, une maladie du scrupule, des obses sions, etc.: ces sytèmes idéo-émotifs plus accentués se détachent alors sur le fond anxieux du caractère.

En second lieu, en face de cette anxiété native, il faut placer l'anxiété acquise. Il est un grand nombre de troubles nerveux et psy-

chiques qui peuvent provoquer le syndrome anxieux. En tête vient la mélancolie qui s'accompagne souvent d'anxiété, constituant ainsi la mélancolie anxieuse. Certains délires revêtent également la forme anxieuse. L'épilepsie peut donner naissance aussi à des crises d'anxiété. Le choc émotionnel peut créer de toutes pièces un état anxieux intense: c'est la forme anxieuse de la névrose traumatique.

Les chagrins, les peines de cœur surtout, qui font verser les uns dans la neurasthénie dépressive, développent chez d'autres une émotivité anxieuse: il s'agit là évidemment d'une prédisposition individuelle du caractère qui prépare l'éclosion de l'un ou l'autre syndrome.

Freud a mis en valeur un état anxieux produit par une détente insuffisante de la tension sexuelle, chez les sujets chastes qui ne satisfont point leurs désirs sexuels, chez les époux qui pratiquent le coït interrompu, chez les impuissants qui conservent néanmoins leur appétit génital (1).

Enfin, des états d'angoisse purement phy-

(1) Hartenberg, La névrose d'angoisse. *Revue de Médecine* nos 6, 7, 8, 1901.

sique, dus à des palpitations, à l'angine de poitrine, à des troubles digestifs, peuvent engendrer une anxiété continue, un syndrome anxieux complet, ainsi que je l'ai moi-même montré par divers exemples (1).

Dans tous ces cas, le sujet présente les caractères du syndrome anxieux : sentiment d'inquiétude, d'anxiété permanente, attente anxieuse, crises d'angoisse paroxystiques, phobies, doutes, scrupules, obsessions.

Mais il est à remarquer qu'ici l'élément affectif, émotion anxieuse, est primitif : l'élément idéatif, l'idée de la phobie, de l'obsession est secondaire ; celle-ci n'est que l'objet intellectuel sur lequel l'anxiété s'est fixée.

Il n'en est plus de même dans la troisième catégorie de faits que je vais étudier maintenant.

Ici, au contraire, c'est une idée, une représentation, particulièrement émouvantes, qui ont suscité l'anxiété qui dès lors leur est étroitement associée. Chaque fois qu'un événement, qu'une association d'idées évoque dans la conscience l'idée émouvante, aussitôt

(1) Hartenberg, Sur l'origine de certaines phobies. *Revue de Médecine*, décembre 1904.

l'accès d'angoisse se déchaîne. Il s'agit là d'une hypermnésie émotive qui fait que l'élément intellectuel du système déclenche inévitablement l'élément émotif : habitude morbide contractée par le cerveau, association fatale et particulièrement difficile à briser.

Ce qui distingue cet accident anxieux des précédents, c'est donc que l'idée, l'objet de l'angoisse est primitif et déclenche secondairement l'émotion. C'est en outre que cette émotion n'existe que pour cette idée seule, qu'elle n'intervient pour aucune autre représentation. C'est enfin que, dans l'intervalle des accès, le sujet n'est pas un anxieux, se comporte comme tout individu normal. En un mot, il s'agit d'un système idéo-émotif étroitement limité, qui n'a pas de retentissement général sur l'activité psychique. On ne rencontre plus ici, à vrai dire, les caractères complets du syndrome anxieux tel qu'il existe dans les catégories précédentes. Là, nous trouvons un *état anxieux* : nous n'avons ici qu'un *accident anxieux*.

Tous ces troubles à base d'anxiété ne possèdent à l'origine et en essence — je ne saurais

trop insister sur ce point — aucune relation avec la neurasthénie. Ils existent, se développent en dehors d'elle, constituent un type de psycho-névropathie indépendant d'elle. Nombreux sont les malades, très anxieux, qui ne présentent aucun signe de dépression, qui ne sont nullement neurasthéniques. C'est donc par une grossière erreur, contraire à l'évidence des faits cliniques, qu'on pourrait attribuer l'étiquette de neurasthénique à ces sujets. Sous aucun prétexte, le syndrome anxieux ne doit être confondu avec le syndrome asthénique.

De même, une neurasthénie pure, dépression nerveuse simple engendrée par une intoxication, une infection, un surmenage, chez un sujet antérieurement normal, ne saurait pas davantage être confondue avec une névrose anxieuse. Sans doute, il existe chez le neurasthénique un certain degré d'inquiétude, inquiétude toute légitime d'ailleurs, inspirée par son état de santé, la diminution de son énergie, sa difficulté au travail, la prévision de l'avenir. Mais cette inquiétude est aisément rassurée par la parole du médecin, son pronostic bénin, ses promesses de guérison; et les premiers signes d'améliora-

tion, sous l'influence du traitement, la dissipent tout à fait.

Un neurasthénique constitutionnel, simple insuffisant de l'énergie, qui ne souffre ni d'inquiétude, ni de phobies, ne saurait pas non plus être confondu avec un anxieux.

Bref, déprimé et anxieux sont deux malades différents. Ne nommons donc pas neurasthéniques nos névropathes anxieux.

Mais il est des cas, assez fréquents, où nous voyons les accidents anxieux coexister avec l'état neurasthénique. Il s'agit alors, non plus d'un seul syndrome, mais d'une association des deuxsyndromes constituant un état mixte.

Cette association peut se produire dans trois circonstances :

Tantôt, il s'agit d'un grand névropathe constitutionnel, qui est à la fois un déprimé et un anxieux, un fatigué et un douteur. Les deux syndromes existant parallèlement ne sont que la double expression de la tare cérébrale native.

Tantôt, il arrive que chez des anxieux-nés, prédisposés à un degré léger à l'émotivité inquiète, mais qui n'avaient guère accordé d'attention jusqu'alors à cette tendance de leur caractère, un accès de neurasthénie

occasionnelle vienne développer et exagérer cette inquiétude, au point de constituer le syndrome anxieux complet, avec inquiétude constante, attente anxieuse, crises d'angoisses, phobies et obsessions. Ici, la dépression nerveuse a agi comme révélateur de l'anxiété latente. Nous retrouverons ailleurs encore cette influence toute spéciale de la dépression que j'ai formulée dans la loi suivante : « L'état de dépression nerveuse exagère toutes les tendances anormales ou morbides du caractère. »

Il arrive enfin que les anxieux occasionnels, chez lesquels une suite d'émotions pénibles, un traumatisme, des irrégularités sexuelles, des crises d'angoisse physique ont engendré un état d'anxiété chronique, accablés, épuisés à la longue par leur émotivité qui les tourmente sans cesse, finissent par tomber dans un état de dépression, dans la neurasthénie. Il s'agit alors d'une neurasthénie secondaire développée par des émotions pénibles, dont j'ai signalé plus haut la pathogénie. Le rôle primordial de l'état émotif demande ici à être dégagé. Et nous nommerons ce malade un anxieux occasionnel devenu neurasthénique.

Bref, le rôle médical, dans tous ces cas, est de dissocier par l'analyse les symptômes

de la dépression et les symptômes de l'anxiété. Si la dépression seule existe, le malade sera un neurasthénique pur. Si l'anxiété seule existe, quelle qu'en soit l'origine, sans symptômes de dépression, il n'aura rien de commun avec la neurasthénie. Enfin, si les deux ordres de symptômes coexistent, il faudra découvrir leur filiation, reconnaître lequel découle de l'autre, et, d'après cette analyse pathogénique, attribuer le rôle primordial à ceux qui le méritent.

Nous verrons que toutes ces considérations de diagnostic ont une importance capitale pour le traitement.

Hypocondrie. — Si l'on a une tendance actuelle à coller l'étiquette de neurasthénie sur tous les malades qui souffrent et se plaignent sans que l'objet de leurs souffrances soit apparent et visible, on comprend que souvent elle soit appliquée à ceux qui sont atteints d'hypocondrie.

Qu'est-ce que l'hypocondrie? On l'a définie « une préoccupation exagérée ou sans fondement relative à la santé physique (1) ». Ainsi

(1) Pierre Roy, *De l'hypocondrie*. Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Rennes, 1905.

comprise, elle ne constitue pas une maladie, mais une forme particulière de trouble psychique, pouvant survenir pour des causes et dans des conditions très différentes. En fait, on peut distinguer deux types d'hypocondriaques : l'hypocondriaque phobique, l'hypocondriaque délirant (1).

Le premier est torturé par une angoisse continuelle au sujet de ses fonctions corporelles. Il a peur d'être atteint d'une affection grave, profonde, incurable. Surveillant sans cesse ses divers organes, il croit y ressentir des impressions insolites, y découvrir des irrégularités, des anomalies. Il va de médecin en médecin, cherchant toujours un diagnostic précis pour une affection méconnue et un traitement qui l'en délivre. Il s'agit bien ici d'une obsession anxieuse, absolument comparable par son mécanisme aux autres formes d'obsession. Elle est seulement caractérisée par l'objet spécial de la crainte, la santé physique. Or ces malades ne sont nullement des neurasthéniques, des fatigués, des épuisés. Ce sont des douteurs, des anxieux, des

(1) Gilbert-Ballet, *L'hygiène du neurasthénique*. Paris, p. 138.

névropathes émotifs comme ceux que nous avons étudiés plus haut.

L'hypocondrie délirante est encore plus éloignée de la névrose dépressive. Il ne s'agit plus ici d'une crainte à l'égard de la santé, il s'agit d'une idée fixe, absurde, déraisonnable. Tels sont ces malades convaincus d'avoir un animal dans leur corps, d'avoir leurs intestins bouchés par un corps étranger, de ne plus avoir d'estomac, de cœur, etc. Nous nous trouvons en présence d'un délire partiel, révélateur d'un trouble du jugement.

Ainsi, ni l'hypocondrie phobique, ni l'hypocondrie délirante ne sauraient être confondues avec la neurasthénie.

Pourtant, il survient fréquemment chez les neurasthéniques des appréhensions au sujet de leur santé, du fonctionnement de leurs organes, appréhensions inspirées par les impressions cénesthésiques qu'ils éprouvent parfois et renforcées par leur état d'inquiétude. Ce sont alors des préoccupations hypocondriaques surajoutées à la dépression, qui doivent être considérées comme des complications de la neurasthénie au même titre que toutes les autres phobies qui peuvent éclore dans le cerveau neurasthénique.

Mais ici le symptôme hypocondriaque est nettement secondaire, accessoire. Le malade est un neurasthénique avant tout. Les grands symptômes dépressifs sont là pour imposer le diagnostic. Ce sont eux qu'il faut rechercher d'abord, pour apprécier l'appoint hypocondriaque à sa juste valeur.

Accidents autosuggestifs et imaginaires. — Envisageons encore une catégorie de troubles qui ne doivent pas être confondus avec les symptômes neurasthéniques, quoiqu'ils s'y associent souvent : se sont les accidents par autosuggestion.

J'ai déjà déclaré ailleurs et à maintes reprises, que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, la neurasthénie ne peut et ne doit à aucun titre être considérée comme une maladie par autosuggestion. Sa fatigue, sa dépression, son incapacité à l'effort traduisent une diminution réelle des centres nerveux, dans laquelle l'imagination du malade n'a rien à faire. Sur le fond même du syndrome dépressif, l'hésitation n'est donc pas permise(1).

Mais sur cette affection réelle peuvent se

(1) Maurice de Fleury, *Les grands symptômes neurasthéniques*. Paris, F. Alcan, 1901.

greffer, d'une façon secondaire, des symptômes imaginaires. Et rien de plus naturel, de plus logique, de plus compréhensible que cette complication. Déjà, dans toutes les maladies organiques, quelles qu'elles soient, ne voyons-nous pas quotidiennement l'autosuggestion augmenter, amplifier certains troubles, en fabriquer même d'autres de toutes pièces. Pourquoi l'imagination des neurasthéniques, vivement préoccupés par les impressions anormales et désagréables qu'ils éprouvent, n'aurait-elle pas le droit d'engendrer, comme chez les autres malades, des autosuggestions variées? Lorsqu'un symptôme les poursuit particulièrement, ils auront tendance à l'amplifier : un tel exagère sa céphalée, tel autre son vertige, un troisième sa dyspepsie. La peur d'une maladie organique peut leur donner l'illusion des symptômes qu'ils en connaissent. L'un, qui redoute le tabes, prétend ressentir des douleurs fulgurantes. L'autre, effrayé par ses palpitations nerveuses, se déclare atteint d'une angine de poitrine. Beaucoup, craignant de « perdre la tête », disent sentir passer dans leur cerveau « un vent de folie ». Enfin nombre de sujets, des femmes surtout, exagèrent l'asthénie

même dont ils souffrent, poussent à l'excès les manifestations de leur lassitude, se refusent à tout effort, même léger, souvent s'immobilisent sur leur chaise longue dans une impuissance dont la plus grande part est imaginaire. Il arrive aussi parfois que, la dépression vraie, organique, étant guérie, le malade continue à la ressentir, à l'exprimer au dehors, par une habitude morbide, n'ayant plus de la maladie réelle que le fantôme qui lui survit et qui la simule.

Dans tous ces cas, il importe de faire la part de ce qui est organique et de ce qui est imaginaire. Heureusement, pour le diagnostic différentiel, que la copie faite par les malades des symptômes qu'ils redoutent est aussi inexacte qu'inconstante. Il suffit de leur demander de décrire leurs soi-disant douleurs fulgurantes, leurs accès d'angine de poitrine, leur sensation de perdre la tête, pour se rendre compte que ces impressions ne ressemblent en rien aux troubles véritables. De même, la fatigue imaginaire n'est pas sans répits. Lorsqu'ils oublient qu'ils doivent être fatigués, on voit ces faux épuisés présenter de singuliers élans d'activité et d'énergie. Puis, tout à coup, ils se souviennent qu'ils sont las et reprennent

leurs attitudes accablées et dolentes. Un peu de diplomatie, d'habileté, de ruse parfois du clinicien saura mettre au point toute cette symptomatologie fantaisiste.

Lorsqu'on se trouve donc en présence de troubles de ce genre, il importe de se rendre compte si ces troubles sont développés sur un état neurasthénique ou si, au contraire, ils existent à l'exclusion de toute dépression nerveuse. Dans le premier cas, nous admettrons que nous avons affaire à un neurasthénique avec complications autosuggestives ; dans le second cas, nous écarterons toute épithète de neurasthénique, et nous nommerons ce malade un hystérique, un mythomane (1), un pithiatique (2), un névropathe imaginatif (3), selon la doctrine à laquelle on se rattache.

Mélancolie. — Une des plus fréquentes confusions commises est celle de la neurasthénie avec la mélancolie. Chaque jour, ne lisons-nous pas dans les journaux qu'un tel s'est suicidé dans un accès de neurasthénie?

(1) Dupré, *La Mythomanie*, 1905.

(2) Babinski, *Ma conception de l'hystérie*, 1906.

(3) Hartenberg, *L'hystérie et les hystériques*. Paris, F. Alcan, 1910.

Or, cet accès de soi-disant neurasthénie n'est autre qu'un raptus mélancolique, car les neurasthéniques ne se suicident presque jamais et les mélancoliques ont presque toujours envie de se suicider. De même, dans une famille, un membre disparaît subitement et l'on vous explique qu'il est allé dans une maison de santé pour soigner sa neurasthénie. Cette soi-disant neurasthénie n'est encore autre chose qu'une crise mélancolique. Ce terme de neurasthénie qu'il est aujourd'hui bien porté d'avouer, qui a son élégance, qui est à la mode et qu'on ne rougit pas d'avouer, sert donc souvent à couvrir, volontairement ou par erreur, la mélancolie véritable.

Qu'est-ce donc que la mélancolie? La mélancolie est une psychose dont l'élément essentiel paraît être un trouble affectif, une douleur morale profonde, un chagrin intense, sur lequel se concentre l'esprit du malade. Cette souffrance intime détermine tantôt une dépression extrême où s'immobilise le sujet, tantôt au contraire une agitation anxieuse où il profère des plaintes, des gémissements. Souvent apparaît du délire : idées de culpabilité, de damnation, de négation, etc. Fréquemment enfin, pour échapper à leur douleur,

les mélancoliques se livrent à des tentatives de suicide.

Ce qui caractérise donc la mélancolie, c'est son trouble affectif fondamental, la douleur morale. Cette douleur morale constitue l'essence même de la maladie, le centre de son tableau clinique. Toutes les autres manifestations sont contingentes et variables, puisque le mélancolique peut être tour à tour déprimé ou excité, silencieux ou bruyant, immobile ou agité, stupide ou délirant, etc. Seule, la douleur morale constitue et spécifie la mélancolie.

Précisé aussi nettement, le mélancolique-type ne saurait guère être confondu avec le neurasthénique-type. Voyons leurs différences (1).

Le mélancolique est un malade qui souffre avant tout d'un chagrin profond, d'une intense douleur morale. C'est de ce trouble fondamental que découlent les autres symptômes : dépression, inactivité, aboulie, sauvagerie, misanthropie, etc. C'est parce qu'il

(1) A propos de ce diagnostic différentiel, on lira avec fruit l'excellente leçon de M. Gilbert-Ballet, publiée par M. Revault d'Allonnes, dans le *Journal de Psychologie*, janvier-février 1910, page 25.

est écrasé par sa douleur que le sujet ne fait rien, ne veut rien, a horreur de se mêler au monde, de fréquenter ses semblables. On peut assez bien se représenter cet état en se souvenant de la peine que nous avons éprouvée chacun à la suite de la perte d'un être cher. Dans ces circonstances, on souffre, on ne veut rien, on n'a envie de rien, la vie ne présente plus aucun attrait, on fuit les contacts de ses semblables : on ne demande qu'à rester seul, en tête-à-tête avec sa douleur.

Or cet état mélancolique est en réalité très différent de l'état d'incapacité à l'effort, de fatigue du neurasthénique. Chez le neurasthénique, il existe bien un certain degré de tristesse et d'inquiétude : mais ces sentiments ne sont jamais chez lui aussi marqués : de plus, ils sont secondaires à la diminution même de son activité, alors qu'au contraire chez le mélancolique le chagrin, l'angoisse sont primitifs, sont la cause de son inertie.

Mais les distinctions sont plus nettes encore au point de vue volontaire. Le neurasthénique veut bien faire effort, travailler, agir : mais il ne peut pas, arrêté bien vite par son insuffisance d'énergie, par l'épuisement, par la fatigue. Il veut, mais ne peut pas. Le

mélancolique, au contraire, ne veut rien. Il semble que sa vie affective, source de toute notre activité volontaire, soit tout à fait inerte, paralysée. Il demeure indifférent à l'égard de toutes choses. Il ne travaille pas, n'agit pas, parce qu'il n'en a aucune envie. Son aboulie est une aboulie non par insuffisance, mais par inertie.

D'autre part, la dépression triste du neurasthénique est loin d'être immuable, invincible. Il est capable d'être gai, de sourire. Sous l'influence d'une excitation physique, grand air, alcool, ou morale, bonne nouvelle émotion sthénique, son potentiel nerveux se remonte momentanément et il retrouve la bonne humeur et l'activité. Dans une société où il se plaît, le neurasthénique fait bonne figure, se met au diapason de l'animation générale. C'est seulement lorsqu'il se retrouve seul, en face de lui-même, que la dépression reprend ses droits.

Il n'en est pas de même pour le mélancolique. Chez lui la tristesse est fixe, constante, incoercible. Il ne sait plus être gai, sourire. Son indifférence pénible résiste à toutes les stimulations physiques ou morales. Tout lui est égal. La douleur sur laquelle il se concentre demeure invariable.

D'autres signes différentiels ont été proposés, mais qui me paraissent moins nets que les précédents. On a dit : la mélancolie est un *accès*, la neurasthénie est un *état*, ce qui signifie que la première apparaît et disparaît d'une façon intermittente, tandis que la seconde se prolonge d'une façon chronique. Mais ces conditions sont loin d'être absolues. La neurasthénie peut parfaitement survenir par accès et la mélancolie se prolonger pendant des mois et des années.

On a conseillé aussi de tenir compte de l'évolution. Alors que la neurasthénie s'installe progressivement en général, à la suite de causes physiques et morales suffisantes pour justifier son apparition, puis disparaît progressivement aussi à la suite d'un traitement, à mesure que l'énergie nerveuse se restaure, la mélancolie, au contraire, survient brusquement, sans causes suffisantes, et disparaît aussi brusquement, indépendamment de toute action curative. Mais il est des cas de neurasthénie intermittente, comme j'en ai signalé, qui procèdent par accès, exactement comme la mélancolie elle-même. Je sais bien que la plupart des auteurs à l'heure actuelle tendent à faire rentrer ces neurasthénies

intermittentes dans la classe des psychoses périodiques, et qu'ainsi ils se donnent le droit de considérer comme mélancolique toute dépression survenant par accès brusques. Mais il me semble que cette généralisation est excessive. Pour en avoir constaté des exemples typiques, je crois qu'il faut continuer d'admettre à côté de la mélancolie intermittente la réalité d'accès neurasthéniques : ces derniers présentant tous les caractères de l'épuisement nerveux, il me paraît illégitime de les faire pénétrer de force, dans un désir d'unification outrée, dans le cadre d'une affection dont ils ne possèdent pas les symptômes caractéristiques. Ces cas de neurasthénie intermittente sont rares, il est vrai. Je reconnais que le plus souvent la dépression survenant par accès est une dépression mélancolique. Mais d'une façon absolue, on ne saurait déclarer que l'intermittence est un critérium certain de la mélancolie.

Il est un autre caractère, que j'ai souvent observé, et qui pourra servir au diagnostic différentiel : c'est la façon dont les malades arrivent et se présentent au médecin.

Généralement, le neurasthénique se présente lui-même, vient tout seul, s'adresse au

médecin pour lui demander de lui rendre son énergie, sa faculté de travail, de le débarrasser de sa fatigue, de ses idées tristes, de ses inquiétudes sur l'avenir de sa santé.

Au contraire, il est rare que le mélancolique prenne lui-même l'initiative de la consultation médicale. Le plus souvent, il est amené par sa famille, son époux, ses enfants, qui viennent le soumettre à l'examen du médecin, lui demander les causes et le remède de ce changement de caractère qu'ils ont constaté chez leur parent.

Cette différence est aisée à comprendre lorsqu'on se reporte à l'état mental de ces deux types morbides. Le neurasthénique, désirant guérir, cherche lui-même après sa guérison : il s'adresse au médecin. Le mélancolique, indifférent, inerte, qui ne désire rien, est incapable de prendre l'initiative d'une telle démarche : c'est sa famille alarmée qui la prend à sa place.

A l'aide de ces différents caractères, on parviendra généralement à faire le diagnostic différentiel entre la neurasthénie et la mélancolie. Mais, c'est, je le répète, l'analyse de l'état mental qui en fournira les éléments les plus probants. C'est là un problème de psy-

chologie pratique à résoudre, délicat, il est vrai, mais dont tout spécialiste, digne de ce nom, pourra se tirer à son honneur.

Il est toutefois des cas où cette différenciation devient presque impossible. C'est lorsqu'un appoint mélancolique vient se surajouter à la neurasthénie. Chez les neurasthéniques ordinaires, ceux qui forment le contingent habituel de nos malades, la tristesse, le chagrin ne sont jamais assez marqués pour peser d'une façon pratique sur leurs réactions psychiques et volontaires. Comme je l'ai dit, sous l'influence d'une excitation, physique ou morale, ils sortent momentanément de leur dépression et sont capables de se mettre à l'unisson d'une société normale. Mais il en est quelques-uns, chez lesquels la douleur morale prend des proportions plus intenses : et alors, les caractères de la mélancolie viennent s'associer aux symptômes neurasthéniques. Non seulement le malade est fatigué et fatigable, souffre de difficulté à l'effort mental et musculaire, mais en outre réside au fond de lui-même une indifférence, un dégoût, une apathie qu'il ne cherche pas à vaincre. Ces cas mixtes sont peut-être beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit. Il y a

dans la vie courante beaucoup d'états mélancoliques frustes, peut-être beaucoup de mélancoliques méconnus. Nombre d'individus tristes, pessimistes, misanthropes, ne sont sans doute que des mélancoliques en puissance : une crise de fatigue, de dépression, de neurasthénie accentue leur mélancolie : et voilà l'état mixte constitué.

Si j'ai un peu longuement insisté sur ce diagnostic différentiel entre la neurasthénie et la mélancolie, c'est qu'il comporte des conséquences pratiques considérables.

Alors que chez un neurasthénique simple, dont nous avons découvert les causes morbides, nous pouvons espérer une guérison satisfaisante par un traitement judicieux, il est loin d'en être ainsi malheureusement pour la mélancolie. Nous savons trop combien celle-ci est rebelle à toute thérapeutique. Chez le mélancolique, rien n'y fait. Ni le repos, ni la suralimentation, ni la désintoxication, ni les médications reconstituantes n'ont aucun effet. La maladie demeure absolument rebelle. Il semble qu'il y ait au fond de ces sujets, une véritable paralysie de toute l'émotivité sthénique,

entretenue par une cause intérieure, une absence totale de réaction des centres nerveux à toutes les influences. Notre rôle se borne à attendre philosophiquement le terme de l'accès, la guérison qui survient alors spontanément.

Mais cette guérison, il faut bien en prévenir la famille, n'est que temporaire. De nouveaux accès sont à redouter pour l'avenir. Il est rare, en effet, qu'un mélancolique n'en subisse pas un certain nombre dans son existence.

Il est une autre conséquence pratique du diagnostic différentiel plus importante encore : c'est la précaution à prendre contre les idées de suicide des mélancoliques. Le neurasthénique, malgré ses ruminations découragées, ses sympathies pour la mort, ne se suicide guère. C'est qu'au fond, il désire vivre et l'espoir des jours meilleurs soutient sa patience. Et puis, irrésolu, aboulique, il ne saurait prendre la décision grave de mettre un terme à son existence. Le mélancolique, au contraire, souvent se suicide. Son indifférence affective le détache de la vie : sa douleur morale la lui rend insupportable. Sans volonté pour tout ce qui ne l'émeut pas, c'est-

à-dire toutes les joies habituelles de l'homme, il acquiert en revanche une singulière énergie lorsqu'il s'agit d'exécuter le seul désir qui soit en lui : mourir. On a vu des mélancoliques recommencer à plusieurs reprises des tentatives avortées de suicide, avec une sauvage persévérance. Trompant la surveillance de leur entourage, un moment leur suffit pour mettre leur impulsion à exécution.

Et c'est, une fois posé le diagnostic de mélancolie, ce dont il faut prévenir la famille. On ne saurait trop multiplier les précautions dans ce sens. Et c'est pourquoi l'internement devra toujours être recommandé lorsqu'on a constaté l'existence de la mélancolie.

*
* *

Ainsi donc, le neurasthénique doit être distingué pratiquement du mélancolique, de l'hypocondriaque, de l'obsédé, de l'autosuggestionné. Ces divers troubles n'affectent avec la dépression nerveuse aucun rapport nécessaire et peuvent exister absolument en dehors d'elle. Ce sont des psycho-névropathies différentes qu'il ne faut en aucun cas confondre avec la neurasthénie.

Mais il est des circonstances, assez fréquentes, en vérité, où ces troubles se développent chez un sujet déjà neurasthénique. Il s'agit alors d'une simple association morbide ainsi qu'il arrive souvent dans le domaine des psycho-névroses. Tantôt, chez les sujets constitutionnellement tarés, toutes les manifestations morbides découlent de la même source héréditaire. Tantôt, l'état neurasthénique agit comme cause occasionnelle pour faire passer en acte une tendance latente du caractère. Alors, les troubles surajoutés à la neurasthénie méritent, comme je l'ai montré, d'être considérés comme des complications qui ne lui appartiennent pas. En réalité, la neurasthénie ne doit être conçue « que comme l'état de dépression simple du système nerveux ».

CHAPITRE IV

COMMENT IL FAUT ÉTUDIER ET EXAMINER CHAQUE NEURASTHÉNIQUE

Chaque malade qui se déclare ou que nous soupçonnons atteint de neurasthénie nous offre un triple problème de diagnostic à résoudre. A son sujet nous devons nous demander et nous assurer :

1° S'il est réellement neurasthénique, c'est-à-dire s'il est affecté de dépression nerveuse véritable ou bien s'il s'agit d'un névropathe se croyant ou ne se croyant pas déprimé, et porteur d'accidents qui ne relèvent pas de la neurasthénie.

2° Quelles sont les causes de sa neurasthénie?

3° A quel type de neurasthénique il appartient.

A ces questions, l'étude et l'examen du malade doivent nous permettre de répondre.

Voici comment je procède pratiquement :

Le malade est introduit dans mon cabinet et je le prie de s'asseoir sur un fauteuil, près de mon bureau. Déjà, j'observe comment il s'avance et prend place. Les uns marchent timidement, à petits pas, l'attitude un peu fléchie, s'asseoient avec précautions, et attendent. J'ai déjà lieu de soupçonner un fatigué, un inquiet, un timide. D'autres se présentent plus délibérément, avec plus d'assurance, s'asseoient vite, entament de suite la conversation avec un air pressé. J'ai déjà lieu de supposer un agité, un irrité, un impulsif.

Je lui demande alors : « Vous désirez me consulter? Veuillez me dire pour quelle maladie? » Et je le laisse parler.

Tandis qu'il parle, je l'étudie minutieusement, systématiquement.

D'après son costume, sa tenue, je cherche à deviner sa situation sociale, son habitat. Sur sa face placée en pleine lumière, je tâche à lire son âge approximatif, je juge l'état de sa nutrition par la pâleur ou la coloration des tissus, la fermeté ou la mollesse des joues. La fatigue m'est révélée par les traits tombants, les paupières lourdes, les yeux cernés et ternes; l'inquiétude, par les rides

verticales de la base du nez et horizontales de la partie médiane du front qui constituent l'expression anxieuse. Je constate si la voix est blanche, mal timbrée, ou si au contraire elle est sonore, pleine, vibrante (1).

Et le malade parle toujours. Il me raconte ses symptômes, son histoire, sans ordre le plus souvent, sans discernement aussi de ce qui est essentiel et de ce qui est secondaire. Parfois, hésitant, ne trouvant plus ce qu'il voulait dire, il tire soudain de sa poche une fiche et me dit : « J'ai pris quelques notes; vous me permettez de vous les lire? » Voilà le neurasthénique aux petits papiers!

Une remarque à ce sujet. On a fait du petit papier un signe caractéristique, presque un stigmate du neurasthénique. Ce n'est pas tout à fait exact. Tous les neurasthéniques ne sortent pas leur petit papier. Celui qui n'est que neurasthénique pur et simple, le déprimé, n'en a pas. Le neurasthénique anxieux seul s'en offre le luxe. C'est que le petit papier n'est pas le produit de la dépression, mais le produit de l'inquiétude. Inquiétude complexe d'ailleurs, le malade craignant à la fois

(1) Hartenberg, *Physionomie et Caractère*. Paris, F. Alcan, — *Les Timides et la Timidité*, id.

d'oublier quelque chose et aussi que le médecin ne comprenne pas bien ce qu'il a. En conséquence, petit papier signifie non pas neurasthénie, mais plus spécialement inquiétude.

Maintenant, mon patient a terminé son récit, et il s'arrête. De ce récit, je retiens quelques faits essentiels, mais qui sont le plus souvent très insuffisants pour éclairer mon opinion. Car, cette confession spontanée du malade, malgré les notes qu'il a pu prendre, est rarement complète et exacte. C'est que, peu habitué à l'auto-analyse, il a négligé certains symptômes. D'autre part, il insiste surtout sur ceux qui lui sont le plus pénibles ou le gênent le plus dans son existence. Certains mêmes ne viennent demander conseil que pour un seul trouble : céphalée, ou vertige, ou impuissance génitale, ou perte de mémoire, etc., passant complètement les autres sous silence. Certains malades en revanche me font parfois un récit si complet, si schématique de leur neurasthénie, que je me méfie : ils en ont lu la description quelque part, dans un dictionnaire, dans un ouvrage de médecine populaire, dans un article de journal prônant un médicament quelconque, et ils se l'appliquent à

eux-mêmes. Ils arrivent ainsi à se fabriquer un tableau clinique dont la moitié au moins est irréelle et fictive. Souvent, ce sont les symptômes ainsi autosuggérés dont ils souffrent le plus. Rien n'est dangereux pour le public comme cette fausse science de réclame et de journal, qui sème des inquiétudes, répand des erreurs, engendre des autosuggestions. Je suis convaincu que si aujourd'hui, tant de neurasthéniques ont peur de devenir fous, c'est qu'ils ont lu dans les journaux le récit de maints suicides attribués par le reporter à la neurasthénie ou les articles de réclame où l'on effraie le lecteur par le spectre de la folie pour lui faire acheter un flacon d'orviétan. Cette vulgarisation scientifique, faite d'ignorance ou de mauvaise foi, est déplorable au plus haut degré.

C'est donc à l'interrogatoire médical à compléter toutes ces omissions, à redresser toutes ces erreurs. Cet interrogatoire doit être prudent, habile, dirigé avec la diplomatie la plus subtile. Il faut se défier en effet de la suggestibilité des malades qui seront tentés d'accuser tous les symptômes qu'on leur signalera. Souvenons-nous bien que la plupart sont possédés par l'inquiétude. Ils craignent que leur mal

soit méconnu, que le médecin ne les trouve pas aussi atteints qu'ils le sentent, qu'il leur prescrive un traitement insuffisant. Alors, ils seront tentés d'exagérer l'importance de leurs malaises, dans l'espoir qu'on les soignera mieux. Il faut, je le répète, procéder à cet interrogatoire avec beaucoup de précautions.

Je pose donc des questions.

D'abord, je m'efforce de bien préciser la symptomatologie, de bien éclairer l'état actuel du malade. Je me pose à moi-même la première question de mon problème diagnostic : et mon interrogatoire va viser à lui répondre dans mon for intérieur.

Je me demande donc d'abord :

« Ce malade est-il ou n'est-il pas neurasthénique ? »

Dans ce but, je l'interroge successivement sur les grands symptômes fondamentaux de la dépression : fatigue et fatigabilité physique, besoin de repos et de sommeil, fatigue intellectuelle, difficulté du travail, diminution de l'attention, de la mémoire, de la volonté, tristesse, ennui, frigidité génitale.

Mais une recommandation importante, capitale, sur laquelle je ne saurais trop insister, c'est

de ne jamais prononcer devant le malade le nom même du symptôme que l'on cherche. Si l'on veut être renseigné par exemple sur la fatigue du matin, il ne faut pas lui demander : « Êtes-vous fatigué le matin? » de peur qu'en vertu de ce souci d'être mal compris, il ne réponde affirmativement sans être bien sûr, mais il faut lui demander : « Comment vous sentez-vous le matin au réveil ? » Il répond alors franchement : « Très fatigué, courbaturé », ou bien : « Le matin, je ne me sens pas trop mal. » De même pour tous les autres symptômes, la même prudence est de rigueur.

Mais en outre, si sur certains points les réponses ont été incertaines, vous laissent un doute, posez la même question sous une autre forme. Ainsi par exemple, pour la fatigue du matin toujours, si vous n'avez pu être fixé, demandez à nouveau, en parlant du sommeil, si ce sommeil est réparateur, suffisant, et vous obtiendrez une nouvelle réponse qui viendra compléter la première.

De tous ces symptômes, ce sont les signes de fatigue physique et intellectuelle qui ont le plus de valeur. C'est leur présence qui pose véritablement le diagnostic de neurasthénie.

D'après leurs caractères aussi, nous pouvons apprécier le degré de la dépression. A cet égard, j'ai divisé empiriquement la neurasthénie en trois degrés.

Quand la fatigue n'apparaît que dans le cours de la journée, nous sommes en présence du premier degré. Déjà, l'organisme ne possède plus sa capacité d'énergie suffisante, déjà la dépense normale d'une journée l'épuise trop tôt et trop vite. Pourtant, cet épuisement n'est pas très considérable, puisque le repos d'une bonne nuit suffit à le restaurer.

Au contraire, chez le neurasthénique fatigué dès le matin, la nuit est insuffisante pour restaurer les forces dépensées pendant la veille. La fatigue est continuelle, ne disparaît plus. La surexcitation nerveuse en diminue seulement la sensation vers le soir : mais l'épuisement fonctionnel reste constant sans retour au niveau normal de l'énergie. C'est le second degré de la neurasthénie.

Enfin, dans le troisième degré, la surexcitation nerveuse de la journée est incapable d'atténuer même la conscience de l'épuisement. Les ressources nerveuses sont taries : nulle stimulation n'en saurait plus tirer aucun effort.

Dans la pratique, la distinction entre ces trois degrés, basés sur le moment d'apparition de la fatigue, m'a toujours servi comme un indice sûr. Elle permet des appréciations utiles tant pour le pronostic que pour le traitement.

Au terme de cette première partie de l'interrogatoire, je dois être fixé sur la première question : « Le malade est-il ou n'est-il pas neurasthénique? » Les réponses obtenues à mes questions, les indications fournies par le récit du malade, les indices que j'ai pu observer sur son aspect objectif ont dû m'édifier sur ce point.

En présence d'un sujet déprimé, vous ne pouvez guère hésiter, en général, qu'entre la neurasthénie et la mélancolie. Le caractère plus spécialement affectif de cette dernière psychose, la présence d'une douleur morale accusée et injustifiée vous permettront de pencher dans ce sens.

Répondez-vous donc alors à vous-même, si le malade est neurasthénique ou non. Et selon l'une ou l'autre de ces réponses, ou bien vous rejetterez le malade hors du cadre de la neurasthénie pour le situer dans une autre forme névropathique quelconque, ou

bien vous le tiendrez provisoirement pour un neurasthénique, sous réserve de préciser la nature, les causes de cet état dépressif.

Voici donc la première question du problème résolue affirmativement par le récit, l'observation, l'interrogatoire : le malade assis en face de vous est un neurasthénique.

Il s'agit maintenant de répondre à la seconde question : « Pourquoi est-il neurasthénique? »

Il importe à ce moment de se souvenir de toutes les causes prédisposantes ou provocatrices de la névrose.

Je rappelle, pour mémoire, que nous avons admis comme causes prédisposantes, d'abord et surtout, une constitution défectueuse du système nerveux, qu'on peut rattacher à la dégénérescence, puis une débilité organique générale, enfin un état d'autointoxication arthritique prononcé. Comme causes provocatrices, nous avons admis les maladies infectieuses (grippe, fièvre typhoïde, paludisme, tuberculose, syphilis), les intoxications (alcool, plomb, mercure, tabac, opium), les affections organiques générales (artério-sclérose, anémie, diabète, goutte), les affections des viscères (néphrites, prosta-

tites, uréthrites, métrites, salpingites), les affections gastro-intestinales, les maladies organiques du système nerveux (paralysie générale, tabes, démence précoce, paralysie agitante), les périodes critiques (puberté, croissance, ménopause, présénilité), le surmenage physique et intellectuel, les émotions, les traumatismes, enfin les causes inconnues des accès de neurasthénie intermittente.

Deux sources de renseignements nous permettent de répondre à cette seconde question : les réponses du malade, l'examen clinique.

Reprenez donc votre interrogatoire.

Déjà, dans l'histoire de sa maladie, le patient nous a donné des détails qui peuvent nous mettre sur la voie. Souvent, il accuse lui-même telle ou telle cause comme responsable de son état actuel : troubles digestifs, grippe, surmenage, émotions, etc.

Mais il sera nécessaire le plus souvent de revenir sur l'histoire du passé, de faire préciser un certain nombre de points demeurés obscurs. Il est rare qu'à cet égard le récit même du malade soit tout à fait exact. Ainsi la date qu'il attribue au début des accidents n'est pas la vraie. Il ne fait remonter la maladie qu'à l'apparition du symptôme qui attire

le plus son attention. Mais en l'interrogeant on apprend que longtemps avant déjà il souffrait de troubles variés, digestions difficiles, constipation ou diarrhée, fatigues matutinales, etc.

Il importe aussi de lui demander si l'accès actuel est le premier de son existence. Il apparaît alors souvent qu'il a eu déjà autrefois un ou plusieurs accès du même genre, mais auxquels il n'avait pas fait attention ou qu'il avait oubliés.

Puis, systématiquement, il faut passer en revue toutes les causes provocatrices de neurasthénie sur lesquelles le malade peut nous renseigner, l'interroger à leur sujet, en procédant avec toute la prudence possible, pour ne pas l'influencer.

Voici les questions qui correspondent à ces causes :

CONSTITUTION

Depuis quand souffrez-vous de troubles nerveux ? En avez-vous toujours souffert ? A quelle époque de votre existence ? Sous quelles influences ?

Selon les réponses affirmatives ou négatives, on conclura soit à un état constitutionnel ayant toujours existé, soit à un accès

occasionnel avec un passé sain, soit à une prédisposition plus ou moins grande favorisant la dépression pour des causes légères.

INFECTIONS

N'avez-vous pas eu la grippe, des fièvres intermittentes, la syphilis? Toussez-vous? Transpirez-vous la nuit?

NEURASTHÉNIE GÉNITALE FÉMININE

Souffrez-vous du ventre, avez-vous des pertes? N'avez-vous jamais eu de métrite? Êtes-vous bien réglée?

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

Souffrez-vous de l'estomac? Digérez-vous bien? N'avez-vous pas d'aigreurs, de brûlures, de pesanteurs, de ballonnement, d'envie de dormir après les repas? Êtes-vous constipé? Avez-vous des alternatives de constipation et de diarrhée? Comment sont les selles? Avez-vous des coliques? Y a-t-il des mucosités ou des membranes dans les selles?

INTOXICATION INTERNE

Êtes-vous rhumatisant, goutteux, diabétique?

INTOXICATION EXTERNE

Que buvez-vous par jour? Fumez-vous? N'avez-vous jamais usé de morphine?

SURMENAGE

N'avez-vous pas eu, avant de tomber malade, une période de surmenage?

ÉMOTIONS

Avez-vous eu des ennuis, des soucis, des émotions, des chagrins, des pertes d'argent, des déceptions?

Toutes ces questions, répétées au besoin sous des formes différentes, vous éclaireront.

Il reste à passer à l'examen organique du malade.

Cet examen doit être fait méthodiquement, systématiquement, minutieusement, selon les rites de tout examen clinique. Car il ne faut pas tomber dans l'erreur de beaucoup de praticiens qui supposent que, parce qu'ils sont en présence de troubles nerveux, il n'y a rien d'organique et qu'il est inutile de chercher de ce côté. Bien au contraire, il faut chercher obstinément à découvrir le trouble organique qui peut exister, car la révélation et le traitement de ce trouble organique sont les plus grandes chances que nous ayons d'instituer une thérapeutique vraiment pathogénique et curative. Je viens de voir un malade qui depuis des années traîne un état névropathique de dépression et d'anxiété. Il a consulté de nombreux méde-

cins qui l'ont gavé de médicaments divers, mais aucun ne l'a jamais fait déshabiller pour l'examiner. J'ai découvert chez lui une énorme dilatation de l'estomac qui descend jusqu'à l'ombilic. Je traite cette dilatation : il est déjà très amélioré, je ne doute qu'il guérisse bientôt. Et combien d'autres faits du même genre que j'ai constatés et que je pourrais citer!

Soyez donc, à cette phase de l'étude de votre malade, médecin clinicien tout simplement, médecin avant d'être neurologiste ou psychologue.

Appréciez encore une fois l'état général, par l'aspect des tissus, la quantité de graisse, la fermeté des muscles. Mesurez leur force par le dynamomètre, leur tonus par le myotonomètre. Si vous voulez être complet, faites une épreuve à l'ergographe. Notez les chiffres obtenus qui pourront vous servir plus tard de comparaison.

Examinez le tube digestif.

La plupart des neurasthéniques, je l'ai dit, souffrent de l'appareil digestif. On trouve chez eux une langue blanche, un estomac distendu ou dilaté, du clapotement.

Si le foie est gros, sensible à la pression,

on conclura à une insuffisance hépatique. La présence de l'indican et de l'urobiline dans l'urine confirmera ce diagnostic.

Si l'intestin est distendu, sensible à la pression, avec des gargouillements dans le cæcum, on pensera à de l'entérite, confirmée par les coliques, les alternatives de constipation et de diarrhée, les mucosités et les fausses membranes dans les selles.

Puis passez à l'appareil circulatoire.

Le cœur est soit normal, soit accéléré. Il faut tenir compte de la tachycardie émotive.

Prenez la pression artérielle. Si elle est abaissée, concluez à un épuisement simple, par diminution de la nutrition générale. Si elle est surélevée, songez à de l'intoxication albuminurique, hépatique, gastrique, à l'artério-sclérose, à la présénilité.

Examinez les organes génitaux chez la femme et chez l'homme, si vous avez quelques raisons de suspecter leur intégrité.

Enfin, terminez par le système nerveux. A cet égard, vous ne devez trouver chez le neurasthénique vrai qu'un peu d'exagération des réflexes patellaires. Tout autre signe constaté doit être rapporté à une affection organique du système nerveux : signes

d'Argyll, de Westphal, de Romberg, de Babinski, inégalité pupillaire, tremblements de la langue et des membres, etc. En présence d'un homme, entre 40 et 50 ans, qui sans causes bien évidentes fait un accès de neurasthénie, pensez toujours à la paralysie générale.

Au cours de cet examen, comme au cours de l'interrogatoire, il faut toujours se défier de la suggestibilité et de l'autosuggestibilité des malades et les dépister au besoin. Souvent, les douleurs, les impotences dont ils se plaignent sont imaginaires ou exagérées. Vous devez alors les réduire à leur juste valeur. Voici comment je procède. D'abord, je palpe, je presse, je percute, je remue le malade, en tenant bien compte des impressions qu'il accuse. Puis, un peu plus tard, je reprends à son insu ces mêmes manœuvres, en distrayant son attention d'un autre côté. Souvent, je puis alors presser une région, mobiliser un membre, sans qu'il réagisse, faire accomplir un geste précédemment impossible. Mon opinion est alors faite.

Enfin, pour que votre enquête soit tout à fait complète, faites exécuter une analyse d'urines. Sans doute, l'analyse des urines

n'a pas apporté dans le problème de la neurasthénie les éléments de certitude qu'on en espérait, et je dois avouer, pour ma part, qu'elle m'a procuré maintes déceptions. Les résultats sont trop vagues, trop incertains, trop variables, chez cette masse de malades si disparates qui tombent dans la dépression pour qu'on en puisse tirer des indications bien nettes. La formule urinaire des neurasthéniques est encore à découvrir.

Mais l'analyse vous renseignera du moins sur la présence ou l'absence de troubles organiques de la plus haute valeur. Par la diminution des éléments physiologiques, vous contrôlerez une mauvaise nutrition générale. Par la phosphaturie, par l'oxalurie, si fréquente chez les névropathes, vous supposerez un trouble de la nutrition des éléments nerveux eux-mêmes. L'excès d'urée, d'acide urique décélera un tempérament goutteux. La bile, l'urobiline, l'indican, l'indol, le scatol trahiront l'insuffisance hépatique, les fermentations intestinales. Le sucre, l'albumine révèleront le diabète, la lésion rénale.

*
* *

Parvenu au terme de cette étude complète de votre malade, vous serez en mesure de répondre aux trois questions que son problème diagnostique soulève.

Est-il ou n'est-il pas neurasthénique ?

Selon votre conclusion, ou bien vous le rejetterez en dehors du cadre de la neurasthénie pour le placer dans un autre syndrome névropathique, ou bien vous lui ferez suivre la conduite que sa neurasthénie vous impose.

Pourquoi est-il neurasthénique ?

Vous saurez ici aussi reconnaître la ou les causes provocatrices probables de son état et aussi évaluer le rôle qui revient à ses prédispositions.

A quel type de neurasthénique appartient-il ?

Vous serez capable enfin de répondre à cette dernière question, en utilisant tous les éléments acquis.

S'agit-il d'une neurasthénie simple, d'un état dépressif pur, survenu, pour des causes occasionnelles, chez un sujet raisonnable, bien équilibré, et ne s'accompagnant d'aucun

autre trouble névropathique qui serait produit par une organisation naturellement entachée de tendances normales et morbides?

S'agit-il au contraire d'une neurasthénie chargée de complications, anxieuses, phobiques, autosuggestives, développée sur un terrain préalablement taré et dont la dépression a fait ressortir les tares?

S'agit-il d'une dépression secondaire, accessoire, engendrée par une maladie organique grave et qui doit occuper le premier plan : diabète, albuminurie, artério-sclérose, etc.?

S'agit-il d'une dépression prémonitoire de la paralysie générale ou du tabes?

S'agit-il au contraire d'une de ces neurasthénies banales, les plus fréquentes d'ailleurs, et qui, chez un sujet à système nerveux moyennement résistant, ont été engendrées par une cause occasionnelle commune, troubles digestifs, surmenage, émotions? S'agit-il d'un de ces sujets que Brissaud appelait « les neurasthéniques tout court » ?

Vous serez à même de répondre à toutes ces questions, et, de votre réponse, dépendra l'orientation du traitement.

Toutefois j'ajoute que bien souvent il n'est

pas aisé de se faire dès une première consultation une opinion définitive. D'autres conversations, d'autres examens seront nécessaires pour éclaircir nombre de points restés obscurs et douteux. De là la nécessité, que viendra renforcer encore, ainsi que nous le verrons plus loin, la nécessité du traitement « personnel », de suivre le malade de près, de le rencontrer quotidiennement, de s'attacher à lui, en quelque sorte, pour en extraire toute la vérité et en utiliser toutes les ressources curatives. C'est pourquoi un traitement interrompu ou à distance d'un neurasthénique me paraît à peu près impossible.

CHAPITRE V

RÈGLES GÉNÉRALES POUR LE TRAITEMENT DES NEURASTHÉNIQUES

Connaissant maintenant les symptômes et les causes de la neurasthénie, nous allons aborder le problème de son traitement. Mais avant d'entrer dans le détail des indications, il me paraît nécessaire d'exposer les grandes règles dont il doit s'inspirer.

Et tout d'abord, ici, comme dans tous les autres domaines de la pathologie, une thérapeutique rationnelle doit s'efforcer avant tout d'être causale, pathogénique, de supprimer les facteurs, qui ont produit la maladie. Ces facteurs, nous les avons analysés, à dessein. Nous savons qu'ils sont de deux ordres : prédisposants, provocateurs. Nous aurons donc à passer en revue les divers moyens dont nous disposons pour les combattre.

Puis il s'agit de supprimer les troubles existants. C'est le traitement symptomatique proprement dit qui aura d'autant plus de chance de produire une cure solide et définitive que les causes mêmes de la maladie auront cessé d'agir.

Enfin, il importe de prendre des mesures pour éviter les récidives : elles constituent l'hygiène préventive et la prophylaxie.

De quelles ressources disposons-nous pour combattre la neurasthénie? Ce sont à peu près celles de la médecine générale, adaptées quelque peu à la maladie spéciale que nous avons à soigner.

En tête viennent les **prescriptions d'hygiène** qui doivent constituer la base de toute cure. Nous verrons comment il faut multiplier les conseils de sagesse physique et mentale, les instructions de régime, les règles de vie les plus convenables.

Les **agents physiques** occuperont la place de choix qu'ils méritent. Ils possèdent sur les médicaments l'incontestable supériorité d'utiliser pour guérir les ressources naturelles de l'organisme, de fortifier les organes et les fonctions au lieu de les vicier ou de les

fatiguer, de n'aboutir jamais à l'accoutumance. Hydrothérapie, massage, électrothérapie, cures d'air s'associeront donc pour restaurer à la fois l'état général du malade et son système nerveux.

Les **médicaments** doivent toujours être considérés comme des pis-aller. Aussi faut-il en user le moins possible et dans des conditions où ils seront le moins nuisibles. Au fond, un médicament ne se suffit jamais à lui-même ; il n'a pour rôle que d'aider la nature dans son processus spontané vers la guérison. Il ne représente donc pas un traitement essentiel, mais seulement un adjuvant à d'autres pratiques.

Enfin, reste la **psychothérapie**. La psychothérapie est-elle indiquée chez les neurasthéniques et à quelles indications répond-elle ?

Je dirai d'abord, *a priori*, avant d'entrer dans toute discussion, que la psychothérapie est indiquée chez les neurasthéniques comme chez tous les malades, quels qu'ils soient, si l'on entend par là l'action réconfortante du médecin, les paroles d'encouragement, les exhortations à l'espérance qu'il faut distribuer à large dose à tous ceux qui souffrent.

Mais cessant de nous tenir dans ces généralités vagues, serrons le problème de plus près.

Et d'abord, qu'entendons-nous par psychothérapie?

On peut dire que c'est l'ensemble des moyens agissant sur l'esprit du malade dans un sens curatif : la psychothérapie, c'est le traitement par l'esprit.

On conçoit ainsi qu'il puisse y avoir diverses méthodes de psychothérapie, celle-ci pouvant faire appel, pour guérir, aux diverses fonctions psychiques.

D'abord, on peut utiliser *l'imagination*, évoquer dans la conscience du malade des images curatives. C'est là la méthode de la suggestion hypnotique ou vigile. Soit que le sujet soit endormi par la suggestion préalable du sommeil, soit qu'il soit éveillé, le thérapeute affirme d'une façon énergique la disparition de la douleur, de la paralysie, du spasme, du tremblement, etc., dont le malade souffre, et, en vertu de la crédivité naturelle, de la confiance qu'il a dans la compétence médicale, les symptômes disparaissent effectivement.

Cette méthode s'adresse de préférence aux

troubles par autosuggestion, dont l'imagination a fait les frais. A trouble d'imagination, traitement d'imagination. C'est pourquoi c'est chez les grands imaginatifs, chez les hystériques classiques, que cette suggestion a donné les plus brillants résultats.

Lorsqu'il s'agit de troubles réels ou entretenus pour un mécanisme psychologique plus profond, tel que par exemple un état émotif chronique et intense, ses succès sont beaucoup moins brillants. La suggestion peut tout au plus donner momentanément au malade l'illusion de la guérison ou de l'amélioration. Mais, en fait, les troubles, subsistant dans leurs causes, ne tardent pas à revenir comme auparavant.

Ensuite, on peut utiliser l'*émotivité* du malade dans un sens curatif. On peut évoquer en lui des émotions sthéniques, faire naître la joie, la confiance, l'espoir, la patience, la résignation. C'est, en somme, ce que fait tout médecin, lorsqu'il réconforte son patient, lui parle avec une confiance apparente de sa guérison, lui inspire le courage et l'espérance.

En troisième lieu, on peut utiliser le *raisonnement* logique. C'est cette méthode

qu'on préconise aujourd'hui sous le nom de persuasion. Argumentant, discutant avec le malade, on lui démontre par des preuves qu'il se fait une idée fausse de sa maladie, on redresse ses erreurs, on l'amène à des notions plus vraies et plus justes.

En quatrième lieu, on peut faire appel à l'*activité motrice* du sujet, lui faire réaliser des attitudes de guérison, réapprendre une adaptation musculaire perdue, une fonction compromise, lutter contre un geste vicieux, etc., etc. Ce rôle est plus particulièrement celui des procédés de rééducation.

Enfin, on peut cultiver la *volonté* même du malade, lui enseigner à refréner ses impulsions, à vaincre ses inhibitions, à demeurer toujours et envers tous maître de soi-même (1).

Ces diverses méthodes, que j'ai isolées par l'analyse, s'associent le plus souvent dans la pratique, au moins les trois premières. En effet, lorsqu'on agit sur l'esprit d'un malade, on influence en général à la fois son imagination, son émotivité, sa raison. Lorsqu'on affirme la disparition du symptôme, lorsqu'on engage

(1) Paul-Émile Lévy, *Neurasthénie et Névroses*. Paris, F. Alcan, 1909.

à la confiance, lorsqu'on donne des motifs d'espérer, on fait à la fois de la suggestion, de l'influence affective, de la persuasion. Aussi les auteurs qui ont voulu ériger la persuasion comme une méthode exclusive et nouvelle, commettent ils une double erreur. D'abord, parce qu'il est à peu près impossible d'agir uniquement sur la raison d'un sujet sans influencer du même coup son imagination et son émotivité. Ensuite, parce que, depuis que la psychothérapie existe, tout suggestionneur ne manquait pas à l'occasion de renforcer ses affirmations suggestives par des arguments de bon aloi. La méthode persuasive n'a donc rien de particulier, ni rien de nouveau. Tous les médecins l'ont employée, de tout temps, instinctivement. Il n'y a de nouveau que le nom et la doctrine appliqués à la psychothérapie sans sommeil.

Ces notions générales sur la psychothérapie étant établies, voyons quels services elle pourra nous rendre chez les neurasthéniques.

Tout d'abord, il est évident, si l'on admet la neurasthénie ainsi que je l'ai décrite comme une diminution réelle de l'activité des centres nerveux, due à un trouble fonctionnel ou

nutritif de la cellule par épuisement ou intoxication, que la psychothérapie ne pourra pas avoir une action spécifique, totale, contre le fond même de la maladie. Celle-ci repose sur une base organique; la fatigue, la difficulté au travail, la tristesse et l'inquiétude sont réelles, et non des produits de l'imagination. On ne saurait donc, par une causerie, des affirmations ou des arguments, les balayer d'emblée et totalement.

La psychothérapie ne saurait donc être considérée comme le traitement héroïque de la neurasthénie. La formule : « A maladie psychique, traitement psychique » est tout simplement absurde, parce qu'un trouble psychique peut être l'expression d'un trouble organique sous-jacent, et c'est ce qui se passe chez le neurasthénique. La seule formule exacte serait la suivante : « A maladie imaginaire, traitement psychique. » Mais elle ne convient plus aux neurasthéniques, dont la maladie n'est pas imaginaire. En revanche, elle trouve une éclatante confirmation chez les hystériques, dont les accidents sont dus à l'imagination et guérissent souvent d'une façon quasi-miraculeuse par la suggestion.

En aucun cas, la psychothérapie ne pourra

donc constituer la base du traitement d'un vrai neurasthénique. Celui-ci devra toujours être un traitement physique, tel que je l'ai indiqué plus haut, destiné à remettre en état ses centres nerveux fatigués.

Je m'inscris donc en faux, de toutes mes forces, contre les prétentions des auteurs qui se flattent de guérir des neurasthéniques par la seule et pure psychothérapie. S'ils ont obtenu des résultats, ce ne peut être qu'en vertu de deux malentendus : ou bien, ils ont eu affaire à de faux neurasthéniques, dont la fatigue, l'impuissance psychique étaient illusoires, imaginaires : et alors, il a suffi de bonnes suggestions pour redresser leurs erreurs ; ou bien ils ont soumis leur malade concurremment à un traitement hygiénique, diététique, médicamenteux, au repos, au régime, au grand air, à un traitement physique en un mot, et c'est par un singulier compromis de langage qu'ils prétendent, dans ces conditions, l'avoir guéri par la seule et pure psychothérapie.

Si je me permets d'avoir une opinion aussi catégorique en face de partisans éminents d'une doctrine contraire, c'est qu'elle s'appuie sur le seul critérium qui doive en définitive

trancher dans nos débats et les juger : le fait. Voici bien longtemps déjà que je débutai dans la psychothérapie, vers 1894, c'est-à-dire depuis bientôt dix-huit ans. A cette époque, en présence des troubles neurasthéniques, encore mal connus dans leur essence, la première idée qui venait à l'esprit tout naturellement, c'était de les traiter par l'action psychique.

Je commençai donc par soumettre mes malades à la suggestion, soit hypnotique, soit vigile. Tous les encouragements, toutes les stimulations, tous les raisonnements, tous les arguments décisifs, je les leur prodiguai.

Mais bientôt je dus m'avouer à moi-même que ce procédé ne me donnait aucun résultat. Sans doute, il m'arrivait de soulager ou de guérir des malades : mais en les analysant d'un peu près, je constatais qu'il s'agissait en réalité de malades souffrant de troubles par imagination, par autosuggestion, de ceux qu'on nommait alors des hystériques. Mais les neurasthéniques vrais, les épuisés réels du système nerveux, je ne les guérissais pas. Parfois, sous mes bonnes paroles, ils se sentaient soulagés, réconfortés durant un jour

ou deux. Puis, mon influence étant usée, ils retombaient dans leurs misères.

J'ajoute que, de son côté, M. Bernheim, qui ne peut cependant être guère suspecté ni pour sa compétence en la matière, ni dans sa sympathie envers le traitement psychique, est arrivé exactement à la même conclusion : c'est que la psychothérapie ne peut rien contre l'état neurasthénique véritable, contre le fond de fatigue et de dépression dont souffre le malade (1).

Est-ce à dire que la psychothérapie soit inutile chez les neurasthéniques? Loin de là ma pensée. J'ai déjà déclaré qu'elle avait son intérêt chez tous les malades indistinctement. A plus forte raison peut-elle rendre des services chez ces névropathes impressionnables que sont les neurasthéniques.

Voyons sous quelle forme et dans quelles circonstances elle est indiquée.

D'abord, on n'emploiera que la psychothérapie à l'état de veille. Je ne conçois pas très bien l'intérêt qu'il y aurait à vouloir endormir ces malades, qui d'ailleurs ne s'endorment presque jamais. Donc, suggestion

(1) Bernheim, *Neurasthénies et psychonévroses.* Paris, 1908.

vigile, par des paroles réconfortantes, encourageantes, rassurantes, accompagnées de raisonnements, de démonstrations, de preuves, de stimulations, d'exercices actifs, d'appels à la volonté. Tous ces procédés se mêleront, naturellement, selon l'effet à obtenir.

Ainsi employée, la psychothérapie répondra à trois indications.

En premier lieu, elle servira, comme nous le verrons plus loin, à atténuer les causes émotives et morales de certaines dépressions, en inculquant au malade des principes de philosophie, de patience, de résignation, de consolation.

Ensuite, elle aura pour but de modifier l'état mental du sujet, de calmer ses inquiétudes, de rassurer ses craintes, de lui donner courage, patience, espoir, de le ramener peu à peu dans la voie de la volonté, de l'énergie, de la vie normale.

Enfin, elle nous permettra de « dynamiser » toutes les pratiques du traitement. J'entends par là, accompagner toute application d'une forte dose de suggestion, annoncer d'avance le résultat exact qu'elle doit donner, faire entrer dans la conscience, en l'éclairant fortement par l'attention, le succès qu'elle a fourni. C'est

dans ce but que pendant chaque injection tonique, chaque électrisation que je fais au malade, je dis et je répète : « Voilà de l'énergie, de la force que je vous donne! » C'est dans ce but qu'après chaque injection, chaque électrisation, je mets ce malade debout, je le fais se tenir droit, marcher avec assurance, en lui disant : « Sentez-vous comme vous êtes plus fort, plus énergique, mieux d'aplomb! » Et en général, il répond : Oui. Même conduite pour toutes les autres applications.

Bref, dans tous vos contacts avec votre malade, dans toutes vos applications thérapeutiques, que la suggestion soit toujours présente, sortant de vos lèvres, se dégageant de vos attitudes, pour renforcer la portée de tous vos actes, pour en faire sentir l'importance, pour en faire entrer les effets dans le champ de la conscience, les éclairer par l'attention, les incorporer, si je puis dire, dans la personnalité même du sujet. La suggestion, constante et inlassable, doit donc toujours animer le traitement, quel qu'il soit, comme un souffle de vie qui pénètre le malade.

*
* *

Mais ainsi conçu, on comprend que le traitement doive être essentiellement direct et personnel. Si tous les agents thérapeutiques ont une action propre, leur valeur dépend certainement de la façon dont ils sont appliqués. De là, la nécessité qu'ils soient appliqués par le médecin lui-même, que celui-ci exécute chaque phase de la cure. Autrefois, ne possédant pas d'appareillage électrique, j'adressais à des confrères les malades ayant besoin d'électrothérapie. Mais je constatai bientôt que ceux-ci ne tiraient pas grands résultats de leurs séances. C'est que, soit l'électricien faisait son application distraitement, sans dire ce qu'il fallait, sans prononcer la phrase suggestive et opportune, soit il la confiait à un aide qui parlait moins encore.

Il est donc indispensable à mon avis que celui qui veut traiter avec le plus de chances de succès un neurasthénique, possède en main tout l'arsenal thérapeutique nécessaire pour exécuter la totalité du traitement. Il devrait être à la fois électricien, masseur, doucheur, psychothérapeute, médecin géné-

ral, une spécialisation judicieuse consistant non pas dans l'emploi d'un traitement systématique, mais bien plutôt dans l'utilisation de tous les traitements pour une même catégorie de malades.

Ce traitement personnel et direct exige naturellement des contacts fréquents, presque quotidiens, entre le malade et le médecin. Et c'est là une conséquence non seulement avantageuse, mais même indispensable. Il est nécessaire en effet que le patient se trouve soumis sans cesse à l'influence médicale, à travers toutes les étapes de la cure. Le thérapeute doit toujours être là pour en surveiller la marche, pour en guider les détails, pour intervenir activement chaque fois que quelque imprévu vient dérouter ou décourager le malade. Car on doit bien supposer qu'un traitement de névrose ne conduit pas le névropathe à la guérison par un chemin rectiligne et sans obstacles. Dans les cas les plus favorables, il survient des difficultés, des recrudescences, des retours en arrière qui doivent être attendus et prévenus. Le névropathe, comme tout individu normal, a ses bons et ses mauvais jours. Mais si les bons jours allument en lui une flambée d'espérance, les mauvais

le désolent et le déconcertent. Il convient alors de ranimer sa confiance, de redresser son espoir qui vacille, de lui infuser une nouvelle dose de patience pour attendre le retour de l'amélioration. Bref, le médecin doit être toujours présent pour le guider par la main vers la porte de la guérison.

Dans ces conditions, on comprend que des contacts quotidiens soient nécessaires et qu'un traitement de neurasthénie à distance où le malade est livré à lui-même, à la merci de toutes ses inquiétudes et de toutes ses autosuggestions, n'aura guère de chances de succès.

On comprend aussi que la personnalité même du médecin va jouer ici un rôle de premier ordre. Imaginez-vous un médecin qui serait lui-même inquiet, douteur, irrésolu, déprimé, neurasthénique en un mot et qui s'aviserait de vouloir guérir d'autres neurasthéniques !

Il faut que celui qui se consacre à ces cures soit robuste, bien portant, d'humeur égale, de jugement sûr, de volonté ferme, nullement névropathe. Il doit posséder toute la patience nécessaire pour écouter sans énervement les interminables doléances de ses

malades, toute la confiance en lui qui inspire la confiance aux autres, toute l'énergie nécessaire pour remonter leurs défaillances et ne pas céder lui-même à leur découragement.

Il doit posséder aussi le sens psychologique, c'est-à-dire cette aptitude innée à deviner ce qui se passe dans le cerveau des autres, à s'assimiler leurs propres impressions, cette intuition qui fait sentir les moindres nuances de la vie de l'esprit. A cette condition seulement, il comprendra son malade : et celui-ci ne donne sa confiance que s'il se sent compris.

Il devra posséder enfin une sereine résignation, une hautaine indulgence, une pitié sans amertume. Celui qui choisit pour tâche de soigner des névropathes doit bien se préparer d'avance à toutes les abnégations. Parmi le peuple si égoïste de nos malades, les névropathes et notamment les neurasthéniques détiennent certainement le record. Alors qu'ils attendent tout de leur médecin, qu'ils estiment que tout leur est dû, attention, patience, dévouement, amitié, ils ne donnent rien en retour. Leur reconnaissance n'est qu'un mot qui s'envole aussi vite qu'il sort

de leurs lèvres. Combien en ai-je soigné de sujets, qui me déclaraient avec une voix émue : « Si vous me guérissez, docteur, je vous aurai une reconnaissance éternelle ! » Je les guérissais, ils disparaissaient, et jamais plus je n'ai eu de leurs nouvelles.

Mais de leur ingratitude, il faut les excuser. Rappelons-nous que, même guéris, beaucoup de ces neurasthénisables demeurent presque toujours des inquiets, des abouliques. Consolons-nous en pensant que la détermination leur manque pour nous exprimer leur reconnaissance, et que même silencieux, ils pensent à nous. Consolons-nous aussi en songeant que nous travaillons pour l'art, pour la beauté. Trouvons dans nos satisfactions intérieures la meilleure de nos récompenses et ne comptons ni sur la gratitude, ni sur la générosité de nos patients pour nous dédommager de nos efforts.

Quelques mots, pour finir, sur l'isolement.

Il est inutile en général d'isoler le malade, l'isolement ordonné par le médecin n'étant le plus souvent qu'un aveu déguisé d'incapacité ou d'indifférence. Il faut au contraire s'efforcer de soigner le malade dans son mi-

lieu, dans son ambiance familiale et sociale (1). On pourra juger ainsi de ses progrès réels et ne pas attribuer à tort son amélioration aux conditions artificielles dans lesquelles on l'a placé. Et puis, ce milieu qui a engendré sa névrose, il sera bien tout de même obligé d'y revenir un jour ou l'autre. Ne risque-t-on pas alors de le voir retomber lorsqu'il se retrouvera placé dans les mêmes conditions émotives qui ont provoqué sa maladie? Mieux vaut donc l'habituer à vivre parmi ses émotions, l'entraîner à lutter contre elles, l'accoutumer à les subir, en un mot à vivre sa vie, tout en le guérissant. C'est pourquoi le traitement en cure libre me paraît donner des résultats infiniment supérieurs par leur solidité au traitement dans un sanatorium ou dans une maison.

Dans certains cas, cependant, où il est absolument nécessaire de soustraire le malade aux influences nocives, on doit se résigner à prescrire l'isolement.

L'ensemble de ces moyens, hygiéniques, diététiques, physiques, médicamenteux, psy-

(1) Paul-Émile Lévy, *Neurasthénies et névroses*. Paris, F. Alcan, 1909.

chothérapiques, doit constituer un système dont on enveloppe le malade, une sorte d'armée de campagne par laquelle on attaque de toutes parts sa névrose. Et ainsi, soigné par tous les côtés, le patient aura le sentiment qu'on prend son mal au sérieux, qu'on en a dévoilé les causes, qu'on possède les ressources pour l'en guérir. Et avec satisfaction, il se dira en lui-même : « Voilà enfin un médecin qui me comprend ! »

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DE LA PRÉDISPOSITION

Nous avons admis trois grandes conditions susceptibles de produire cette fatigabilité exagérée dont la neurasthénie n'est que l'expression clinique.

D'abord et surtout, une **constitution défectueuse** du système nerveux, qu'on peut rattacher à la grande classe des anomalies nerveuses qui constituent la dégénérescence. Malheureusement nous ne savons absolument rien sur la nature intime de ces tares profondes, et par suite, nous sommes entièrement désarmés contre elles. On n'a pas trouvé encore en quoi consiste cette vulnérabilité spéciale du tissu nerveux : aussi la thérapeutique demeure-t-elle impuissante.

La deuxième condition est un **état de**

faiblesse, de débilité générale de l'organisme, de délicatesse des tissus, de petitesse des organes, de pauvreté du sang, qui semble retentir sur le système nerveux pour produire son manque de résistance.

Ici, nous sommes un peu moins impuissants que précédemment. Sans doute, il ne faudra jamais espérer transformer un de ces sujets chétifs en un colosse invincible, mais, par de sages pratiques, nous pourrons atténuer dans une certaine mesure cette débilité générale.

Le traitement qui lui convient est le traitement banal de l'affaiblissement organique, de la misère physiologique, de l'anémie.

Au premier rang viennent les prescriptions hygiéniques et les agents physiques.

Cures d'air et de soleil, dans les conditions où le malade peut les réaliser, séjour à la campagne, à la montagne ou à la mer. On donnera la préférence à l'un de ces climats selon la susceptibilité spéciale des malades. Il n'y a pas à cet égard de règles générales. Si beaucoup de neurasthéniques s'accommodent mal du bord de la mer, où ils s'énervent et dorment peu, d'autres en revanche s'en trouvent très bien, comme si l'air et le vent stimulaient leurs fonctions ralenties. La monta-

gne, à une altitude moyenne, de 500 à 1000 mètres, réussit au plus grand nombre. Mais la simple campagne, dans un site agréable, donne souvent d'aussi bons résultats. Dans ma pratique personnelle, je laisse le plus souvent au malade le soin de choisir lui-même le lieu de sa villégiature, d'après ses propres convenances. Il est rare qu'il n'ait pas quelque expérience antérieure, qu'il n'ait pas fait un séjour à la mer ou à la montagne, ayant ainsi éprouvé leur influence respective sur son tempérament et son système nerveux. Il sait donc ce qui lui convient et pourra décider. J'ajoute qu'il existe souvent en outre des motifs accessoires, avoués ou cachés, qui pèsent sur son choix. Ainsi, à moins de contre-indication absolue, je laisse le malade aller où il voudra, persuadé que le lieu qui lui réussira le mieux sera celui où il se plaira davantage.

Hydrothérapie. — Cette cure pourra être aidée par les pratiques d'hydrothérapie. Je pose ici comme principe absolu que cette hydrothérapie devra toujours être très douce, jamais brutale ni violente. Le système nerveux de ces patients est trop délicat, trop fragile, pour supporter le moindre choc, le moindre

traumatisme, qui le surexciteraient momentanément, pour le déprimer davantage ensuite. Aussi, pas de douches froides, pas même de douches écossaises, pas de jet brutal. Je prescris la douche tiède en pluie ou en jet brisé, ou plus simplement encore, la lotion à l'éponge à l'eau tiède, que le malade pourra faire dans sa chambre le matin en se levant et avant le dîner le soir, sans dérangement et, partant, sans fatigue. La douche ou la lotion sera suivie d'une friction sèche au gant de crin ou avec un liquide alcoolique, eau de Cologne, alcoolat de mélisse, de romarin, etc., après laquelle le patient se reposera pendant une demi-heure.

Électrothérapie. — Comme pour l'hydrothérapie, ce sont les méthodes de douceur que nous devons utiliser ici.

Le bain statique simple, très préconisé par certains auteurs, m'a paru toujours absolument inefficace. Il n'est justifié que par les étincelles courtes qu'on fera éclater sur toutes les parties du corps et qui produisent une excitation favorable des terminaisons sensitives.

La faradisation généralisée avec le pinceau ou le tampon agit semblablement. Mais il

faut se garder de provoquer de grandes secousses musculaires, qui risqueraient d'amener du surmenage.

La galvanisation rythmée des masses musculaires, le bain à courant sinusoïdal répondent à la même indication.

Le *massage* généralisé, toujours à la condition qu'il soit appliqué avec douceur, rendra également des services,

Enfin on prescrira une *suralimentation* judicieuse, dont la viande et les œufs forment la base. Si le régime carné peut être inutile ou même nuisible pour certains tempéraments, il en est d'autres au contraire où il est absolument indispensable, la viande réalisant une véritable opothérapie musculaire et sanguine. Tel est le cas de nos débilités neurasthéniques. Ne craignez donc pas de leur conseiller la viande à chaque repas, viande rôtie ou grillée, très saignante. Ajoutez du jus de viande exprimé à froid, dans l'intervalle des repas, une tasse à 10 heures du matin et à 4 heures du soir par exemple. Conseillez aussi les œufs en grande quantité, 6 à 8 par jour, absorbés crus ou sous les formes usuelles. Ces prescriptions sous la réserve, bien entendu, d'autres exigences de régime, nécessitées par des

troubles digestifs. En tout cas, la recommandation de manger lentement et de mastiquer avec soin ne sera jamais oubliée. Un autre procédé de suralimentation, aussi commode qu'efficace, consiste à faire absorber au sujet une grande quantité de sucre. Je n'ai pas besoin d'insister ici sur la valeur alimentaire du sucre que maintes expériences ont mise en valeur. Le sucre possède toutes les propriétés tonifiantes de l'alcool sans son action excitante : il est donc une substance de choix pour tous les débilités. Voici comment j'en conseille l'absorption. Faire dissoudre 250 ou 300 grammes de sucre dans un litre d'eau bouillie, que le malade prendra par verres dans le courant de la journée et dans l'intervalle des repas. On peut aromatiser avec un peu d'essence de menthe, de fleurs d'oranger, d'eau de mélisse.

Telles sont les prescriptions d'hygiène et de diététique qui conviennent à cette catégorie de malades. Ces prescriptions sont banales et classiques. Et pourtant combien de fois ai-je vu des patients auxquels on avait omis de les exposer, alors qu'elles auraient suffi à les tirer de leur neurasthénie !

Passons maintenant aux *médicaments*. Ils

sont nombreux et nous n'avons que l'embarras du choix.

Je parlerai d'abord de l'opothérapie. Chez ces sujets débilités dont je m'occupe en ce moment, il n'est pas douteux que les glandes endocrines subissent, de même que tous les autres organes, une diminution d'activité, qu'il existe de l'insuffisance glandulaire. L'opothérapie paraît donc logiquement indiquée. Souvent dans ces cas, la poudre de thyroïde à petites doses, 0 gr. 02 par jour, contribue à remonter l'état général. Mais il est plus judicieux encore d'administrer concurremment le produit de sécrétion de toutes les autres glandes principales : rate, surrénale, hypophyse, ovaire chez la femme, testicule chez l'homme. Je prescris parfois dans ce but, un extrait polyglandulaire qui répond à ces indications.

Nous trouvons maintenant les médicaments classiques

L'arsenic sera ordonné sous forme d'arséniate de soude en potion ou de gouttes de liqueur de Fowler, sous forme de cacodylate de soude en injections.

Le fer est indiqué chaque fois qu'on constate de l'anémie. On prescrira 0 gr. 10 de

protoxalate de fer à chaque repas ou une autre préparation ferrugineuse.

Le phosphore peut être prescrit sous forme de phosphate de soude, 0 gr. 50 à 2 grammes par jour en potion ou en gouttes, ou bien sous forme de glycéro-phosphate qui fait la base de nombreux élixirs reconstituants.

L'iode est également un bon stimulant de la nutrition. Cinq gouttes d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et de chloroforme au milieu des repas.

Enfin, si la faiblesse et la débilité sont très grandes, faites appel aux injections de sérum artificiel.

Injectez quotidiennement cinq grammes de la formule de Chéron, ou dix grammes de la formule atténuée de M. de Fleury.

Enfin, dans les cas de grande dénutrition, de débilité grave, le remède héroïque reste le *repos du lit*, pendant une ou plusieurs semaines, la cure de Weir-Mitchel.

Une troisième condition à la prédisposition à la neurasthénie m'a paru être un état d'**arthritisme** marqué.

Ici, la thérapeutique doit s'efforcer par tous les moyens dont nous disposons de re-

dresser la nutrition déviée et d'éliminer les poisons internes.

Mais, au préalable, évitons l'introduction des poisons alimentaires et prescrivons un régime. Suppression absolue de poissons, de crustacés, de gibier, de conserves, de fromages forts. Abstention totale de vin, bière, alcools, thé, café. La viande devra être prise une fois par jour seulement, au déjeuner de préférence. Toutes les viandes sont permises, mais les organes internes : cœur, foie, rognons, cervelle, etc., seront défendus. Légumes frais en grande quantité, haricots verts, petits pois, épinards, salades cuites. Farineux avec modération. Compotes et fruits crus, si l'estomac le permet.

Chez tous ces sujets, qui sont généralement de gros mangeurs et surtout des mangeurs pressés, insistez particulièrement sur la nécessité de manger très lentement et de mastiquer avec soin avant de déglutir.

Pour stimuler la nutrition, nous ferons appel encore aux agents physiques.

Le *massage* aura pour but d'activer la circulation, d'exprimer les déchets qui encrassent les tissus, d'écraser les noyaux de cellulite interstitielle.

L'*électricité*, sous forme de galvanisation rythmée ou de bain à courant sinusoïdal, provoquera de bonnes contractions musculaires.

Enfin l'*exercice* convient à tous ces malades, à doses modérées, bien entendu, et en s'arrêtant toujours aux limites de la fatigue.

Pour éliminer les poisons, nous pouvons agir sur trois émonctoires.

D'abord, l'intestin, au moyen des purgatifs. Prescrivez donc des purgations régulières, une fois par semaine par exemple.

Puis, les reins. Je fais prendre volontiers à ces malades tous les matins, pendant 10 jours par mois, deux verres d'eau de Vichy Grande Grille réchauffée au bain-marie, qui ont l'avantage de laver à la fois le foie et les reins. Les eaux de Vittel, de Contrexéville, seront plus particulièrement utiles chez les goutteux. Au reste, une cure thermale annuelle est indiquée pour ces malades. Envoyez-les donc à Vichy, à Vittel, à Contrexéville, à Évian, à Aix, où ils associeront l'ingestion d'eau avec le massage et l'hydrothérapie.

Enfin, un émonctoire trop négligé est la peau. Il est une méthode extrêmement com-

mode de provoquer l'élimination cutanée : c'est de faire prendre au malade deux ou trois fois par semaine des bains d'étuve sèche à l'aide de ces appareils portatifs en toile caoutchoutée qu'on trouve aujourd'hui dans le commerce. Cette pratique n'exige aucune perte de temps, peut être faite à la maison et se montre éminemment économique, puisqu'elle ne coûte que quelques centimes d'alcool dénaturé. Le malade, placé dans la boîte durant 20 minutes, transpire abondamment et perd 300 grammes de liquide environ. Les bains de lumière Dowsing répondent à la même indication.

Enfin, comme grands moyens de désintoxication, nous disposons encore de la cure de Guelpa, jeûne pendant trois jours avec purgation saline matinale, et des grands lavages du sang au moyen de 200 à 500 grammes de sérum physiologique. On les réservera naturellement pour les sujets considérablement intoxiqués. Toutefois, je prescris assez volontiers à mes arthritiques une cure de jeûne absolu par semaine, régulièrement. Cette absence de nourriture pendant une journée, à laquelle on s'habitue très vite, par les phénomènes d'autophagie qu'elle entraîne, crée dans la

nutrition générale des réactions éminemment favorables, dont l'heureux effet se manifeste dès le lendemain par un sentiment de légèreté et de bien-être.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT DES CAUSES PROVOCATRICES

Dans ce chapitre nous restons encore presque exclusivement sur le terrain de la médecine générale. En effet, la plupart des causes provocatrices ne sont que des affections banales de la pathologie interne ou externe, et elles n'engendrent la neurasthénie que parce qu'elles agissent dans des conditions un peu spéciales sur un système nerveux prédisposé. Ici encore, le neurologiste doit céder la place au médecin. Une fois de plus, nous trouvons un exemple de cette nécessité que tout spécialiste, à quelque branche qu'il s'adonne, doit être avant tout médecin.

Le traitement de la majorité de ces causes occasionnelles étant classique, codifié à pro-

pos de chacune d'elles, je n'aurai pas à le décrire en détails.

Les **maladies infectieuses**, telles que grippe, fièvre typhoïde, ne nous intéressent qu'au moment de leur convalescence, lorsqu'elles laissent après elles une séquelle nerveuse d'asthénie. Il convient de leur appliquer alors la thérapeutique de la débilité générale que j'ai exposée plus haut, complétée par le traitement de l'asthénie que j'indiquerai plus loin. Le paludisme, la tuberculose, la syphilis réclament d'abord leur traitement essentiel : occasionnellement on pourra combattre par les moyens que nous verrons l'asthénie qui les accompagne.

La formule des **intoxications exogènes** s'énonce en peu de mots : supprimer l'usage du poison. On s'y évertuera par des tactiques variables suivant les cas personnels.

Parmi les **affections organiques**, le diabète, la goutte, l'artério-sclérose, l'anémie ne réclameront pas non plus de compétence spéciale. On les soignera par les méthodes usuelles, de même que les **affections des viscères**, néphrites, uréthrites, prostatites, métrites, etc.

Les **affections organiques** du système

nerveux, qui débutent par une phase dépressive, restent malheureusement, nous le savons trop, rebelles à toute thérapeutique. Tout en surveillant le malade, nous assistons impuissants à leur évolution fatale.

Les **périodes critiques** de l'évolution humaine réclament des interventions un peu différentes.

La neurasthénie de la croissance, de la puberté, est surtout une neurasthénie de débilité, d'anémie. On soumettra donc les jeunes malades à l'hygiène générale que j'ai indiquée, grand air, toniques, etc. Il est bien entendu qu'on diminuera ou même supprimera tout travail chez les écoliers qui font des études. Si l'état est grave, on prescrira le séjour au lit. Comme cette forme de neurasthénie coïncide parfois fâcheusement avec des périodes d'examen ou de concours, il serait désastreux pour l'avenir du jeune sujet de lui faire supprimer tout travail. J'ai eu à plusieurs reprises la satisfaction, grâce à une thérapeutique très opportuniste, de permettre à des candidats de préparer et d'affronter ces épreuves, malgré leur dépression. Tout en tonifiant le malade par les moyens les plus énergiques, en poussant ses recettes d'énergie, je réduis au

minimum ses dépenses, en prescrivant de longs séjours au lit, le travail couché de préférence, avec des intervalles de repos absolu. On parvient ainsi à obtenir un équilibre à peu près satisfaisant entre la fatigue et sa restauration. Contre la neurasthénie de croissance on prescrira aussi avec avantage la décoction de céréales vantée par Springer. En voici la formule : Blé, orge, avoine, seigle, maïs, son, deux cuillerées à bouche de chaque dans trois litres d'eau. Faire bouillir trois heures de manière à ramener à un litre. Laissez refroidir. Passez au tamis fin. Prendre la décoction par verres dans les 24 heures.

La neurasthénie de la ménopause, de la présénilité est plutôt une neurasthénie par intoxication, par insuffisance hépatique, rénale, par sclérose vasculaire et viscérale. Ce sont donc les divers procédés de désintoxication, indiqués à propos de l'arthritisme, qui conviendront ici. Chez la femme, on pourra prescrire de l'extrait d'ovaire, chez l'homme, de testicule. Il faut aussi faire comprendre au malade que cette crise de fléchissement dans son énergie est un avertissement qui signifie la nécessité de modérer le travail, de songer au repos, de restreindre les fatigues

pour un organisme subissant les premières atteintes de la déchéance sénile.

C'est à dessein que j'ai laissé pour la fin de cette énumération les **troubles digestifs.** C'est que ces troubles jouent un rôle capital dans la pathogénie de la névrose dépressive, c'est qu'ils sont les coupables dans la grande majorité des cas. En effet, la plupart des neurasthéniques sont des dyspeptiques atoniques et dilatés. Ils ont la langue sale, des digestions laborieuses, du ballonnement, des gaz, souvent de la stase avec clapotement. La présence de la dyspepsie est si constante chez ces malades et sa priorité paraît si démontrée par l'enquête clinique, qu'on doit, à mon sens, considérer les troubles gastriques comme un des facteurs occasionnels les plus importants de la neurasthénie. De là, la nécessité d'un régime alimentaire judicieux et sévère.

L'estomac du neurasthénique est un estomac fatigué. Par conséquent, toute la thérapeutique devra viser à exiger de cet organe le moins d'effort nécessaire pour le travail de la digestion. Ne permettez donc au malade que des aliments faciles à digérer. En tête viennent les viandes rôties et grillées : beefsteaks, rumstecks, côtelettes, gigots, escalopes de

veau, etc. Puis, les œufs sous toutes formes, en quantité assez abondante : par exemple, deux à chaque repas, et si possible deux œufs crus le matin au petit déjeuner et deux autres au goûter. Comme légumes, des légumes frais et verts, petits pois, haricots verts, épinards, oseille, salades cuites, etc, cuits à l'eau et graissés avec un peu de beurre frais au moment de servir. Comme dessert, des compotes et des fruits cuits. Croûte de pain, pain grillé ou biscottes. En revanche, je défends absolument les potages et les soupes, les ragoûts et viandes en sauces, les poissons, le gibier, les légumes indigestes, tels que choux, choux-fleurs, choux de Bruxelles, concombres, ainsi que les farineux, macaronis, nouilles, les fromages et les laitages, les salades et les fruits crus. Tous les aliments devront être mangés très lentement et mastiqués avec soin.

Quelques considérations sur ce régime :

Tout d'abord, le neurasthénique doit manger de la viande. Étant un affaibli, il a besoin de viande pour refaire du sang et des muscles. C'est seulement dans les cas où le malade serait un goutteux avéré, un hépatique grave, un brigtique ou atteint d'entérite avec

fermentations putrides, que la viande doit être réduite. Mais, chez le neurasthénique ordinaire, il n'y a aucune contre-indication à l'alimentation carnée. J'ajoute que contrairement à ce que beaucoup pensent, la viande est parfaitement digérée par les estomacs dilatés : elle ne fatigue pas et ne produit ni gaz, ni ballonnement. Le médecin doit donc écarter ici, de toute son autorité, le spectre de l'entérite, la manie du végétarisme dont la plupart de nos contemporains et trop de nos confrères subissent la mode actuelle. Combien ai-je vu de patients, parce qu'ils présentaient de vagues troubles digestifs, soumis à des régimes sévères, privés de viande et d'œufs, gavés de macaronis et de nouilles, qui s'en allaient s'affaiblissant de plus en plus, sombrant dans une neurasthénie de plus en plus profonde ! Il m'a fallu souvent combattre d'abord chez eux une véritable phobie de la viande, dans laquelle ils voyaient un poison qui allait envenimer leur intestin.

J'en dirai de même pour les œufs, où certains voient une source inépuisable de toxines venant infecter l'organisme. Je n'ai rien observé de semblable en pratique et j'ai toujours constaté en revanche les bons effets

de la suralimentation par les œufs. Rien de plus logique : les œufs ne contiennent-ils pas la lécithine utile à la restauration des éléments nerveux? Au lieu de prescrire des quantités minimes de jaunes d'œufs en granulé ou d'injecter des solutions huileuses, il est bien plus simple de les faire absorber tout naturellement par la bouche.

Je défends les poissons, quels qu'ils soient, parce qu'il m'a semblé qu'ils étaient d'une digestion beaucoup plus difficile que la viande et les œufs, et aussi parce qu'étant rarement assez frais, ils risquent d'apporter des toxines de décomposition nuisibles pour le système nerveux. Il en est de même pour le gibier.

Le lait et les laitages sont mal tolérés par les estomacs fatigués. Ç'a été une de ces innombrables erreurs thérapeutiques, comme il en est tant en médecine, de mettre tous les dyspeptiques au régime lacté, ainsi qu'on le faisait il y a une vingtaine d'années. L'expérience clinique démontre qu'en réalité le lait est d'une digestion très laborieuse, qu'il fermente dans l'estomac en produisant des gaz et que loin d'atténuer la dilatation, il l'augmente. Nombre de mes patients, soumis au

régime lacté avant de me consulter, ont vu leurs fonctions gastriques s'améliorer considérablement par la seule suppression du lait.

Les farineux, les pâtes, les nouilles, les macaronis, les purées, qu'on a prescrits et qu'on prescrit encore avec tant de générosité provoquent des résultats aussi fâcheux. Ils encombrent la poche gastrique d'une masse lourde et épaisse qui en distend davantage les parois affaiblies, pour une valeur nutritive des plus médiocres. Dans cette vogue des farineux indistinctement conseillés à tous les dyspeptiques, nous voyons l'exemple d'une de ces généralisations aveugles et de cet esprit d'imitation moutonnier qui heurtent le bon sens clinique et la saine logique. Parce que quelques spécialistes, surtout étrangers, ont prescrit les pâtes dans les cas d'entérites avec fermentations putrides, la masse des praticiens en a fait une panacée de tous les troubles digestifs. Il en est exactement aujourd'hui pour les pâtes comme autrefois pour le lait. On reviendra de cette mode comme on est revenu de l'autre. En réalité, les cas où le régime farineux de désintoxication est indiqué sont assez rares dans la pratique courante. Il est possible que les spécialistes vers qui affluen t

les entéropathes de toute l'Europe en voient des chiffres importants. Mais, je puis dire que moi, neurologiste, je n'en ai observé que quelques cas, depuis quinze années, dans la quantité respectable de neurasthéniques que j'ai eu l'occasion de soigner.

Enfin, les salades et les fruits crus nous apparaissent comme manifestement indigestes. « Ils ne passent pas », comme disent les malades. Recommandons donc de les cuire et de les absorber sous forme de confitures et de compotes.

Passons maintenant au problème des boissons.

J'ai pour règle d'interdire toute boisson aux repas et de prescrire le régime rigoureusement sec. L'expérience montre en effet que le dyspeptique digère mieux et plus vite s'il ne boit pas en mangeant, sans doute parce que le liquide absorbé dilue le sac gastrique, diminue d'autant son activité et exige des glandes un surcroît de sécrétion. Il est probable aussi que le liquide ingéré, augmentant le volume du contenu stomacal, favorise son relâchement et sa dilatation. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que même l'individu sain se sent plus léger, plus dispos après le repas,

s'il n'a pas bu en mangeant. C'est pour le même motif que je proscris les soupes et les potages.

Le malade ne boira donc rien aux repas, mais seulement dans l'intervalle. Le plus souvent, lorsque j'énonce à mes neurasthéniques, qui d'habitude boivent abondamment aux repas, cette interdiction de liquide, ils ont un sursaut et s'écrient : « Mais, alors, je ne pourrai plus rien manger! » Erreur : boire aux repas est un besoin artificiel, une habitude qu'on oublie au bout de quelques jours. Au reste, voici le moyen de pallier à ce désagrément : que le malade boive en quantité abondante, un verre, deux verres, une heure avant chaque repas. De la sorte, en se mettant à table, il aura déjà sa ration de liquide, ses tissus seront suffisamment hydratés pour ne pas souffrir de la soif. Il boira donc entre 11 heures et midi et entre 6 et 7 heures. Comme cette quantité ne suffirait pas pour les 24 heures, où il faut prendre au moins un litre de liquide, il boira encore à 4 heures, à 5 heures, mais jamais plus tôt que 3 heures avant la fin du précédent repas.

Que boira le neurasthénique? De l'eau de

préférence, de l'eau de source pure, ou bien de l'eau faiblement minéralisée. L'eau gazeuse ne convient pas; elle doit être éventée avant d'être prise. A ceux qui n'aiment pas l'eau pure, je permets de l'aromatiser avec quelques gouttes d'essence de menthe, de fleurs d'oranger ou d'un sirop quelconque. Ils peuvent aussi prendre des infusions de tilleul, camomille, fleurs d'oranger, verveine, anis, etc., chaudes en hiver, froides en été. Quant à toutes les boissons habituelles, vin, bière, thé, café, apéritifs, liqueurs, etc., elles sont absolument proscrites. Tous ces breuvages excitants produisent sur le nerveux un coup de fouet, grâce auquel il ressent un sentiment de bien-être, mais qui laisse après lui une dépression plus profonde.

Enfin, le malade s'allongera après chaque repas, durant une heure au moins sans dormir. Il ménage ainsi du même coup son estomac, ses muscles et ses nerfs.

Tel est le régime qui convient au neurasthénique dilaté : il réussit habituellement à merveille. Sous son influence, on voit peu à peu la langue se nettoyer, les digestions devenir plus faciles, l'estomac reprendre ses proportions normales.

Quant aux médicaments, je n'en prescris pas. Même les plus recommandés dans ces cas, tels que la noix vomique, l'acide chlorhydrique, la pepsine, ne m'ont jamais paru avoir une grande action. Mieux vaut donc s'en abstenir, évitant ainsi d'introduire une substance étrangère de plus dans un organe déjà fatigué.

Dans les cas de dyspepsie sérieuse avec forte dilatation, je me suis bien trouvé d'accompagner ce régime par l'électrothérapie. On peut agir sur l'estomac, soit par le courant continu passant d'une plaque épigastrique à une plaque dorsale (50 milliampères durant 20 minutes), soit avec une sonde électrique et une plaque épigastrique et en provoquant des interruptions. On crée ainsi d'énergiques contractions du muscle gastrique qui le ramènent progressivement à sa tonicité normale.

Dans les cas de stase, le lavage sera également utile.

Quelquefois la neurasthénie paraît entretenue par une entérite chronique. Il convient alors, mais dans ce cas bien précis seulement, d'ordonner le régime de pâtes et de farineux, auquel on ajoute du bouillon lactique ou

plus simplement l'acide lactique en solution au millième.

Enfin, la constipation agit d'une façon fâcheuse sur la dépression. Il importe de la combattre avec rigueur, mais beaucoup plus avec des moyens diététiques qu'avec des médicaments. Voici les conseils que je donne habituellement : le matin à jeun, un verre d'eau fraîche. Ensuite, gymnastique abdominale consistant à se coucher sur un plan dur et à se relever sans s'aider des mains, vingt fois de suite. Puis, comme premier déjeuner, café au lait. Se présenter à la garderobe un quart d'heure plus tard, avec ou sans besoin. Si ces moyens sont insuffisants, suppositoire au beurre de cacao, à la glycérine, à l'huile de ricin, ou petit lavement d'eau bouillie pour amorcer la défécation, ou encore lavement de 50 grammes d'huile d'olive gardé toute la nuit. Contre la constipation chronique, le traitement électrique, avec courant continu, interrompu ou renversé, selon les cas, donne d'excellents résultats. Grâce à lui j'ai maintes fois guéri des constipations datant de longues années en 20 ou 30 séances.

Le **surmenage** physique ou mental ne

comporte d'autre remède que son abstention. Le malade doit donc se résigner à supprimer ou du moins à diminuer ses efforts dans une large mesure. Du reste, comme je l'ai dit, c'est par l'état émotif qui l'accompagne surtout que le surmenage produit la dépression nerveuse. De même pour les **traumatismes** qui ne sont nocifs que par le choc émotif qui s'y rattache.

C'est donc, en dernier ressort, aux **causes émotives** que nous avons à nous attaquer. Ces émotions, nous les avons signalées dans le chapitre II : elles appartiennent toutes à ce qu'on nommait autrefois les passions dépressives.

Deux éventualités peuvent se présenter.

Ou bien, la cause émotive est une émotion ancienne, qui a provoqué un accès de neurasthénie, mais qui n'agit plus actuellement. Tel est le cas d'un homme qui a traversé une période d'affaires difficiles, de préoccupations inquiétantes. Mais les choses ont fini par s'arranger et il ne souffre plus aujourd'hui que de la fatigue nerveuse que ces émotions ont amassée en lui. Tel est le cas d'un autre qui a subi une vive contrariété, une vive déception. A la longue, il en a pris

son parti, il s'en est consolé. Mais, quoi qu'il n'y pense plus, il en a gardé un état de dépression dont il n'arrive pas à sortir. Tel est le cas encore de la victime d'un accident qui a subi un choc violent. Bien que l'événement initial soit ancien, déjà presque oublié, il en subit pourtant encore de la dépression. Dans tous ces cas, la cause émotive ayant cessé d'agir au moment où vous intervenez, elle ne réclame plus de thérapeutique. Celle-ci se réduira au traitement des autres causes physiques qui peuvent exister et à celui de l'état d'asthénie.

Il n'en est plus de même dans la seconde éventualité. Ici, la cause émotive est actuelle, toujours présente, elle agit chaque jour sur le malade, pour le déprimer et le contrarier. Tel est le cas de l'homme qui se trouve en face de difficultés d'affaires qu'il n'arrive pas à résoudre. Tel est le cas d'un ménage, en désaccord pour des questions matérielles ou sentimentales, où les scènes se renouvellent chaque jour, à chaque repas. Tel est le cas d'un veuf qui a perdu sa femme, d'une mère qui a perdu son enfant et qui sans cesse pense au disparu, le regrette, le pleure, sans pouvoir oublier ni se consoler. Dans toutes ces cir-

constances, l'émotion agit d'une façon permanente, pèse sur la pensée du malade, le décourage, l'abat.

Aussi, rien de plus difficile, de plus ingrat que d'entreprendre sa cure. Il faut que le médecin se fasse le confesseur, le confident, l'ami, l'allié de son patient. Il faut que ce dernier lui conte, dans tous ses détails, sa situation matérielle et morale, lui avoue toutes les phases de ses conflits intérieurs, qu'ils cherchent ensemble la solution des problèmes à résoudre. Souvent, le principal intéressé ne voit pas très juste : c'est à son conseiller à remettre les choses au point, à éclairer les éléments obscurs, à dégager de la situation les conditions favorables, les motifs d'espérance. Tâche délicate et malaisée ! Le médecin doit se faire ici professeur de philosophie pratique, de volonté, de courage. Il doit enseigner la sagesse d'accepter l'inévitable, la persévérance dans la lutte, l'énergie de vivre, l'attente des heures meilleures.

La doctrine de philosophie pratique que j'expose souvent à mes malades pourrait être nommée la *résignation armée*. L'existence, le sort de chacun de nous est lié à deux ordres de causes : d'une part, notre effort personnel,

d'autre part, le hasard des circonstances. Il y a donc des choses qui dépendent de nous, et des choses qui ne dépendent pas de nous, ainsi que le formulait la morale stoïcienne. Contre celles-ci nous ne pouvons rien. Inutile de nous révolter contre un concours d'événements qui échappe à notre direction. Nous ne pouvons que leur opposer une sage résignation. En revanche, nous devons, de toutes nos forces, faire ce qui dépend de nous, accomplir les efforts qui nous conduiront au but visé, ne rien négliger des précautions et des conditions qui favoriseront la réussite. Si nous remportons le succès, tant mieux ; nous aurons le droit de nous féliciter de la victoire. Si nous échouons, tant pis. Mais comme nous aurons fait tout ce qui était possible, nous n'aurons pas de reproches à nous adresser, nous aurons la conscience tranquille, nous n'aurons qu'à nous incliner devant l'inévitable, avec une souple résignation, avec l'intention de recommencer sans découragement de nouvelles tentatives.

Eh bien ! selon la nature des émotions qu'aura subies le patient, j'adapterai à son cas personnel cette philosophie pratique.

Il y aurait ainsi divers types de conversations philosophiques à tenir, selon les circonstances individuelles.

A celui qui a subi des froissements d'amour-propre, il faut montrer, que l'humanité n'étant guère charitable, on ne doit pas attacher d'importance à ses actes. Il faut vivre pour sa conscience d'abord, et non pour l'opinion des autres. Qu'importe l'injure d'un individu malveillant ou stupide! Le beau rôle est pour celui qui dédaigne ou méprise.

A celui qui a subi des déceptions dans ses efforts, il faut montrer par des exemples pris dans l'histoire que les tentatives réussissent rarement du premier coup, que les plus illustres ont subi des échecs, que pour réussir une fois, il faut en moyenne dix essais, et qu'en fin de compte, avec une persévérance éclairée, on finit toujours par aboutir. L'important est de recommencer.

A celui qui a subi des chagrins de cœur, il faut montrer que le cœur humain est plein d'illogismes et de caprices, que le sentiment ne se commande pas, que si l'être aimé se détache de lui, ce n'est pas de sa faute, et qu'en vérité, il n'y a pas qu'un seul homme et qu'une seule femme sur la terre,

que le vaste monde est plein de consolations qui l'attendent.

Enfin, pour celui qui perdit un être cher et qui en demeure inconsolable, il faut faire appel aux sentiments religieux, aux espoirs de vie future, de réunion dans l'au-delà, ou s'il est capable de s'y intéresser, aux doctrines du spiritisme. Qu'importent les illusions, pourvu qu'elles soient consolatrices et aident à supporter la vie.

Tel est le traitement moral des causes émotives, traitement nécessairement souple, fin, subtil, dont il est impossible de tracer des règles générales, parce qu'il doit être adapté à l'individualité de chaque sujet et de chaque cas.

Comme tous ces sujets souffrent en général d'une irritabilité de tout leur appareil émotif, il sera indiqué de prescrire les moyens que j'indiquerai plus loin pour atténuer l'émotivité exagérée. Si les conditions émotives qui entourent le malade sont telles qu'elles entravent sans cesse la guérison, il sera nécessaire de conseiller l'isolement ou du moins l'éloignement momentané hors de son milieu.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DE L'ASTHÉNIE FONDAMENTALE

J'espère avoir bien fait comprendre que la neurasthénie consistait essentiellement en un état de dépression nerveuse dont ses divers symptômes, qu'il s'agisse d'insuffisance ou d'irritabilité fonctionnelle, ne sont que les expressions cliniques.

Conformément à cette conception, on comprendra également que le traitement essentiel doit viser à combattre cette dépression, à remonter le potentiel nerveux, et qu'à la suite de ce relèvement doivent disparaître simultanément tous les troubles qui n'en étaient que les traductions extérieures.

Ayant cherché à supprimer les causes prédisposantes et provocatrices, voyons donc maintenant comment nous pouvons lutter

contre la dépression fondamentale qu'elles ont produite.

Deux moyens sont à notre disposition, qui constituent la thérapeutique de l'asthénie : le repos, la méditation neuro-tonique. Ils correspondent tout naturellement à la conduite économique qui s'impose en pareil cas : diminuer les dépenses d'énergie, augmenter, si possible, les recettes.

Repos.—Le neurasthénique est un homme fatigué. Ce qui lui convient donc avant tout, c'est le repos. J'entends par là, non pas un repos absolu, la suppression totale de tout travail et de tout effort, mais une simple diminution dans la dépense d'énergie, une sage mesure dans l'emploi de l'activité physique et intellectuelle. En effet, les cas où le repos absolu, le séjour au lit ou sur la chaise longue se montrent nécessaires sont rares. Cette exigence ne s'impose que dans les asthénies graves, dont nous parlerons tout à l'heure.

Le plus souvent, il suffit tout simplement de prolonger le nombre des heures que le malade passe habituellement au lit. En moyenne, on reste couché 8 heures par nuit.

Je conseille donc à mon malade de rester au lit 10 heures, ou même 11 ou 12 heures quotidiennement. Qu'il se couche plus tôt et qu'il se lève plus tard, même s'il ne dort pas. Car beaucoup de patients me disent : « Il est inutile que je reste au lit le matin, je ne peux pas dormir. » C'est là une erreur. Même sans sommeil, le repos au lit est grandement salutaire pour le neurasthénique.

J'ai constaté aussi souvent à cet égard une sorte de scrupule au sujet de ce repos prolongé. Certains malades craignent de céder à leur envie naturelle de se coucher, de peur de se conduire en paresseux. Ils luttent au contraire contre elle, se forcent à se lever et à agir. C'est là encore une erreur qu'il faut combattre. Je leur dis : la fatigue et le désir de repos que vous éprouvez sont des besoins naturels de votre organisme qui souffre. De même que la faim traduit le besoin de manger, la soif le besoin de boire, la fatigue traduit le besoin de se reposer. Loin de lutter contre ce besoin, il faut au contraire le satisfaire le plus possible : c'est une des voies de guérison de la maladie.

Il en est d'autres enfin qui m'objectent

que plus ils restent couchés, plus ils se sentent fatigués. Cette constatation est exacte. Dans l'absence de stimulation nerveuse de la position horizontale, ils perçoivent davantage leur sensation de fatigue qui au contraire s'atténue par l'excitation de l'activité. Mais ce phénomène ne se produit que dans les débuts du traitement. Au bout de quelques jours en général cette sensation de fatigue diminue et le patient éprouve les effets bienfaisants du repos.

Bref, que le neurasthénique reste au lit, 10, 11, 12 heures par jour, sans se laisser influencer ni par des scrupules, ni par des sensations en apparence paradoxales.

Mais, ce n'est pas tout. Il est en outre absolument nécessaire qu'il se repose, dans la position couchée, après chaque repas. Tout d'abord, cette pratique est indiquée pour favoriser le travail de la digestion, qui est habituellement laborieux chez ces dyspeptiques. Elle a l'avantage de supprimer la traction vers le bas du poids des aliments dans l'estomac dilaté, dont la musculature est affaiblie. Mais en plus, elle évite la double dépense simultanée d'énergie nerveuse du travail de la digestion et de l'activité muscu-

laire. Il faut bien se souvenir en effet que le travail de la digestion exige une quantité d'énergie considérable, à laquelle le système nerveux épuisé du neurasthénique a déjà beaucoup de peine à faire face. S'il y joint en outre la dépense, si minime qu'elle soit, d'une activité musculaire ou intellectuelle simultanée, les ressources nerveuses n'y suffisent plus : il y a gaspillage, surmenage et finalement déficit. Il est donc absolument nécessaire que le malade se repose après chaque repas, le plus longtemps possible, durant une heure au moins. Ce repos sera pris, non pas dans la position assise, sur un fauteuil ou un canapé, mais dans la position franchement couchée, horizontale, sur un lit ou une chaise longue. Ce n'est qu'à cette condition qu'on obtient le relâchement musculaire total, la détente complète que nous recherchons.

En conséquence, loin d'appliquer au neurasthénique le vieil adage « qu'il faut digérer avec ses jambes », on doit au contraire l'en dissuader absolument et, par le repos complet, lui permettre de digérer avec son estomac, ce qui sera déjà pour lui un travail bien suffisant. Combien en ai-je vu de ces malades auxquels on avait conseillé de faire

après chaque repas la petite promenade digestive, et qui, plus ils marchaient, moins ils digéraient. Donc, aucun travail après les repas : mais du repos allongé durant une heure au moins.

Le malade doit-il dormir pendant cette sieste? En principe, je ne le conseille pas. La plupart des personnes qui ne sont pas habituées au sommeil diurne éprouvent en se réveillant un sentiment de malaise qui persiste pendant le reste de la journée. D'autre part, le sommeil pris ainsi risque de compromettre la profondeur ou la durée du sommeil nocturne. Il est donc préférable de ne pas dormir. Ceux-là seuls qui sauront, par expérience personnelle, que ce sommeil ne les incommode pas et ne les empêche pas de dormir la nuit, pourront s'assoupir. Les autres devront lutter contre la sommolence en parlant, en lisant, en fumant, etc.

Cette sieste, accomplie après le déjeuner, possède enfin le mérite de couper la journée par une détente, où le malade reprend pour ainsi dire haleine dans l'effort quotidien. Et en fait, il se sent infiniment mieux en se relevant, comme si le repos lui avait rendu une quantité de force considérable. Non seu-

lement l'état physique, la sensation de fatigue, mais encore tout l'état mental en bénéficie : le patient est moins triste, moins inquiet, plus énergique et plus confiant. Il travaille mieux aussi : de sorte que le temps perdu est largement compensé par la qualité meilleure du travail accompli.

Je complète cette lutte contre la fatigue au moyen du repos par la méthode de l'économie de l'effort. Elle consiste à éviter toute dépense d'énergie inutile, tout travail superflu, tout gaspillage de force. Dans la vie de chacun de nous il est une certaine quantité d'actes qui nous sont imposés d'une façon inéluctable par les besoins de notre profession ou les exigences de la vie sociale. Puis, il est une autre quantité d'actes qui ne sont pas absolument nécessaires, qu'on pourrait éviter, qui ne répondent pas à des exigences pratiques : ils représentent une activité de luxe.

Ce sont tous ces actes superflus qu'il faut supprimer chez le neurasthénique.

Ainsi, je proscris chez eux toute marche évitable. Je leur dis toujours : si vous avez une course à faire, prenez un véhicule, ne marchez pas.

De même, je les engage à ne jamais rester debout inutilement : qu'ils s'installent sur un siège chaque fois que l'occasion le permet.

En vertu du même principe, on ne saurait assez énergiquement interdire toutes les distractions conseillées si souvent aux neurasthéniques. Combien furent aggravés par des dîners, des soirées, les théâtres, les voyages qu'on leur conseillait sous prétexte de les distraire et qui n'ont d'autre effet que de les épuiser davantage.

Aussi, toutes ces fatigues de luxe, nous les écarterons. Pas de lectures émouvantes, pas de jeux. « Quand vous ne devez pas travailler utilement, ne faites rien », leur dis-je. Encore moins de sports, de dîners, de théâtre. Quant aux voyages, je considère comme une barbarie d'aller soumettre ces malheureux aux fatigues des déplacements, quand déjà le simple fonctionnement de leur organisme trouve à peine l'énergie nerveuse suffisante.

Les promenades sont permises, même conseillées. Elles doivent être faites au grand air, sans hâte, sans précipitation, à pas lents. Mais, recommandation importante, elles doivent être interrompues à la première sensation de lassitude. Il faut toujours se

souvenir que tout travail accompli sans fatigue est salutaire, développe l'organe qui fonctionne, que tout travail accompli avec fatigue, malgré elle, en luttant contre elle, est nuisible, épuise l'organe qui fonctionne et conduit au surmenage.

Je suis souvent interrogé aussi par les malades sur la question des rapports sexuels. Doivent-ils en user? doivent-ils s'abstenir? En général, les neurasthéniques ont peu d'appétit génital : quelques-uns n'en ont même plus du tout. Certains s'en préoccupent, d'autres ne s'en soucient pas. Les ayant rassurés d'abord sur cette frigidité qui n'est que la conséquence de la dépression et qui doit disparaître avec elle, je leur dis : « Ayez des rapports sexuels, si vous en sentez le désir, une ou même deux fois par semaine, mais sans excitations superflues et sans récidives. »

Médication tonique. — Après le repos, la médication neuro-tonique : ayant diminué les dépenses, augmentons les recettes.

Mais il faut bien s'entendre sur le mécanisme d'action de cette médication tonique. Il ne s'agit pas ici de chercher à introduire dans l'organisme une énergie d'origine étran-

gère et qui va renforcer l'énergie fléchissante du système nerveux. Une telle prétention me paraît également illogique et irréalisable. Toutes les tentatives faites dans ce sens ont entièrement échoué : toutes les injections de phosphates, de lécithines, de substances nerveuses n'ont pas abouti. Il en est de même de celles qui ont consisté à vouloir fortifier le cerveau et la moelle par le passage de courants électriques.

Pourquoi ces échecs? C'est qu'en réalité, la cellule nerveuse, qui est un organisme vivant, ne peut tirer son énergie qu'en la puisant dans le milieu qui la baigne et en l'assimilant convenablement. Or, ce n'est pas seulement la pauvreté du milieu ambiant, en l'espèce le milieu sanguin, qui crée la neurasthénie : ce cas ne se présente que dans les grands états de dénutrition, d'anémie, de misère physiologique, où vraiment la composition sanguine est indigente. Mais c'est surtout l'insuffisance de l'assimilation par la substance nerveuse des éléments nutritifs qui la baignent. Dans l'état dépressif, l'activité cellulaire est diminuée, non seulement en ce qui concerne ses fonctions de conduction, de condensation nerveuse, mais aussi en ce qui concerne ses fonctions de nutri-

tion propre. Épuisé par l'adynamie ou entravé par l'intoxication, le neurone ne puise plus suffisamment dans le milieu sanguin les aliments dont il a besoin. Il se trouve placé ainsi dans un véritable cercle vicieux : d'abord il est affaibli, et ensuite, en raison même de cet affaiblissement, il est incapable de reprendre des forces.

Le traitement tonique ne va donc pas consister à gaver le malade de substances soi-disant neurophiles, telles que les phosphates, les lécithines, les extraits nerveux : qu'importe la quantité d'aliments qui s'offrent à la cellule, si elle ne peut pas les assimiler. Sans doute, il est nécessaire, comme nous l'avons vu, de fournir à l'organisme des aliments nerveux, quand l'examen du sujet nous en a démontré l'insuffisance : au chapitre du traitement des causes prédisposantes, nous avons envisagé cette éventualité. Mais ceci étant fait, il faut encore et surtout stimuler l'assimilation de la cellule, pour qu'elle puisse profiter de ce que vous mettez à sa disposition.

Tel est, à mon sens, le véritable but de la médication neuro-tonique. Et ces considérations précisent exactement dans quelle voie nous devons chercher pour le réaliser.

De nombreux médicaments neuro-toniques s'offrent à nous ; je les ai expérimentés à peu près tous et c'est d'après les résultats personnels obtenus que je vais les présenter.

Le meilleur de tous m'a paru être sans conteste la strychnine. La *strychnine* me semble véritablement réaliser cette excitation de l'activité de la cellule nerveuse que nous désirons, produire cette augmentation de l'assimilation et de la nutrition dont nous avons besoin. Seulement, il faut qu'elle soit bien employée. Et c'est sur ce mode d'emploi que je voudrais insister ici.

Deux conditions sont nécessaires pour obtenir le maximum d'effet thérapeutique : 1° Employer le médicament à hautes doses ; 2° L'employer à doses progressives.

1° Il faut employer la strychnine à hautes doses.

Si entre les mains de beaucoup de praticiens, la strychnine n'a pas donné tout son pouvoir, c'est qu'elle est utilisée généralement en quantités beaucoup trop faibles. Les doses communément prescrites de 2 à 4 milligrammes par jour sont tout à fait insuffisantes. Il faut bien que l'on sache que la strychnine est une substance tout à fait inoffensive si

l'on ne dépasse pas la dose toxique, et sans aucune espèce d'inconvénient. Elle n'altère aucun organe dans son passage à travers l'économie, elle est éliminée totalement et rapidement, elle ne produit, quoi qu'en disent les livres classiques, aucun phénomène d'accumulation. Il n'y a donc aucun lieu de la manier avec pusillanimité et il faut hardiment la donner à doses aussi fortes que possible, à dose maxima pour chaque individu.

Quel est le critérium de cette dose maxima? C'est la réaction physiologique du système nerveux. Lorsqu'on fait prendre des quantités croissantes de strychnine, en augmentant la dose quotidiennement par exemple, les doses inférieures ne donnent lieu à aucun phénomène. C'est seulement en arrivant à une certaine dose, que le sujet perçoit des impressions anormales. Ce sont : un certain état d'ivresse, nullement désagréable, un peu de vertige, de la raideur des mâchoires, de la raideur des jambes qui gêne la marche. Ces troubles légers durent vingt minutes, une demi-heure, puis disparaissent et le malade ressent ensuite un grand bien-être.

Eh bien, j'estime que l'on peut et que l'on doit aller sans aucune crainte jusqu'à cette

dose de réaction physiologique ; c'est à cette condition que l'on obtiendra du médicament le maximum d'effet.

2° Mais une fois parvenu à cette dose de réaction physiologique, il ne faut pas s'en tenir là. Il est nécessaire de continuer à donner encore le médicament à doses croissantes.

J'ai constaté en effet qu'il se produit une accoutumance très rapide au médicament. Ainsi, une dose injectée à un homme et qui produit la réaction que j'ai décrite, ne produit plus aucun effet le troisième jour. En conséquence, pour obtenir un résultat analogue, il est nécessaire d'augmenter progressivement les doses.

Ces principes théoriques étant établis, voici maintenant ma technique habituelle. Le sel auquel je donne la préférence est le sulfate de strychnine ; à l'ingestion par la bouche, je préfère les injections hypodermiques, qui possèdent plusieurs avantages : dosage exact et certain du médicament, surveillance étroite du malade, possibilité de suggestion chez les névropathes, à chaque entrevue.

Je fais donc préparer une solution de sulfate

de strychnine au centième, soigneusement stérilisée. A cette dose, la seringue de Pravaz ordinaire contient 1 centigramme de médicament et chacune des vingt divisions du piston, correspondant à une goutte, représente un demi-milligramme. On peut aussi faire préparer des ampoules de un centimètre cube dans lesquelles on puisera.

Je commence par injecter la première fois 3 milligrammes, soit 6 divisions du piston chez la femme, et 4 milligrammes, soit 8 divisions chez l'homme. A cette dose, il n'y a pas encore de réaction.

Le lendemain, j'augmente la dose de l'injection d'un demi-milligramme, c'est-à-dire une division du piston. Le troisième jour une division de plus encore, et ainsi de suite jusqu'à ce que la réaction se montre.

Cette dose varie d'ailleurs, chez un sujet vierge de médicament, selon son poids et sa corpulence. Pour un homme normal de 75 kilogrammes environ, elle est de 7 milligrammes de sulfate de strychnine en injections hypodermiques, de 8 milligrammes pris par l'estomac. Pour une femme de 70 kilogrammes elle est de 6 milligrammes par la peau et de 7 milligrammes par l'estomac.

Quand les poids augmentent, la dose maxima augmente parallèlement. A des sujets pesant près de 100 kilogrammes, j'ai pu injecter d'emblée, et sans aucune réaction, une dose de 8 et même 10 milligrammes.

On peut d'ailleurs supprimer les légers inconvénients de la réaction, vertige, difficulté de la marche, en tenant le malade assis ou couché pendant la demi-heure qui suit l'injection. Ainsi, il ne s'aperçoit même pas des phénomènes qui se passent en lui.

Mais cette réaction étant obtenue, on ne doit pas s'en tenir là. En raison de la rapide accoutumance, on peut encore augmenter les choses.

D'une façon générale, j'ai constaté que l'accoutumance quotidienne équivaut environ à un demi-milligramme du médicament par prise, c'est-à-dire qu'on peut augmenter celle-ci d'un demi-milligramme chaque jour.

Il arrive un moment, cependant, où la réaction devient plus forte. On arrête alors l'augmentation, quitte à la reprendre au bout de quelques jours quand l'organisme s'est habitué. En procédant ainsi, j'ai pu atteindre la dose de 2 centigrammes par injection.

Enfin, on doit savoir que la strychnine,

ainsi que je l'ai vérifié, s'élimine avec une rapidité extrême. Au bout de quelques heures après la prise, le médicament est déjà parti. Il est donc possible au bout de six heures de reprendre une nouvelle dose équivalente à la première sans aucune accumulation de médicament, sans aucun phénomène plus marqué.

De sorte que dans les cas sérieux on pourra faire absorber deux, trois, quatre doses de strychnine dans les vingt-quatre heures.

Avec ce système de doses maximales répétées plusieurs fois par jour et augmentées progressivement, j'ai pu faire absorber à des malades les quantités énormes en apparence de 5 à 6 centigrammes de strychnine par jour, sans aucun inconvénient.

Et, corollaire important, malgré ces quantités énormes, il ne se produit dans l'organisme aucun besoin artificiel du médicament. On peut le supprimer du jour au lendemain, sans aucun malaise, aucune dépression consécutive. Le malade demeure après le sevrage exactement dans le même état où il était pendant le traitement, sans souffrir de la suppression. Je n'ai jamais constaté un cas de strychnomanie.

Si, pour quelque raison, l'emploi des injections est impossible, il faut avoir recours alors à l'ingestion par la bouche.

La même solution peut être utilisée ici. Une goutte correspond à un demi-milligramme. On commencera par dix gouttes par prise chez l'homme, huit gouttes chez la femme, et on augmentera d'une goutte par jour, quel que soit le nombre des prises. Celui-ci peut être de un, deux ou trois par jour, comme pour les injections. La suite du traitement se conforme aux mêmes règles que pour les piqûres. Ces gouttes, malgré leur amertume, sont très bien acceptées dans un peu d'eau sucrée.

Enfin, si les malades ne peuvent, dans le courant de la journée, se procurer le verre d'eau sucrée nécessaire et compter leurs gouttes, il est possible également de faire absorber le médicament en granules. Ces granules doivent être dosés à un demi-milligramme, et ainsi ils correspondent aux divisions du piston et aux gouttes, et leur absorption progressive est soumise aux mêmes règles.

Parfois, j'adopte une méthode mixte, en ce sens que je donne par exemple une dose

en injection et fais prendre les autres doses de la journée en gouttes ou granules. On évite ainsi au malade plusieurs dérangements par jour et cependant on reste avec lui en contact quotidien, permettant de le suivre de près et au besoin de lui faire les suggestions convenables.

En définitive, je considère la strychnine comme le médicament héroïque de l'asthénie : elle est à la dépression ce que la morphine est à la douleur. La strychnine, ainsi administrée, est en général admirablement tolérée par les malade. Il est des cas rares, cependant, où elle semble produire des phénomènes d'excitation. Il est préférable alors de s'en abstenir et d'avoir recours à d'autres toniques moins actifs qu'elle.

Le *phosphate de codéine*, médicament encore peu connu, est également un excellent neuro-tonique. Administré en injection il donne un sentiment d'euphorie très apprécié par les malades. Il est indiqué surtout chez les déprimés anxieux.

Comme le sulfate de strychnine, il doit être employé à doses énergiques et progressivement croissantes. On commencera par 2 centigrammes par injection ou par prise,

pour monter rapidement à 5 ou 6 centigrammes.

Fréquemment, j'associe les deux sels dans une formule mixte, solution de sulfate de strychnine au centième et de phosphate de codéine au vingtième, en suivant les règles tracées précédemment.

Beaucoup moins énergique et moins rapide dans son action est le *cacodylate de soude*. On le réservera aux rares malades chez lesquels la strychnine provoque de l'excitation.

Le *kola*, la *coca*, la *caféine*, souvent prescrits chez les neurasthéniques, me paraissent beaucoup plus des excitants que des toniques proprement dits. Ils donnent un coup de fouet au système nerveux, produisent ainsi un gaspillage de forces momentané, après lequel le malade retombe dans une dépression plus profonde.

Aussi ces substances ne doivent-elles être employées, à mon avis, que chez les sujets qui manifestent une tendance naturelle rapide vers la guérison, comme dans les cas de neurasthénie post-grippale par exemple.

A plus forte raison faut-il interdire les nombreux vins toniques, qui joignent aux incon-

vénients de la kola qu'ils contiennent ceux de leur excipient alcoolique.

Les *formiates* ne semblent pas avoir tenu les espérances qu'on en attendait. Nombre de malades, sur la foi des réclames de journaux, ont pris avant de me consulter, pendant des semaines, des élixirs à l'acide formique sans en avoir éprouvé aucun bienfait.

Je n'ai pas encore assez d'expérience du *nucléinate de soude*, récemment préconisé, pour me permettre de donner un avis.

Quant aux autres médicaments, *glycérophosphates*, *lécithines*, *sérum de Chéron*, etc., ils ne m'ont jamais paru avoir sur le système nerveux une action élective, comme la strychnine par exemple. Ils agissent comme des reconstituants de l'état général et à ce titre doivent être employés, comme je l'ai dit, plus spécialement contre la débilité organique.

Mais, quelles que soient les substances employées, il faut bien que l'on sache et qu'on se souvienne toujours qu'elles ne sont que de simples stimulants de l'activité nerveuse, de la nutrition cellulaire, et qu'elles n'apportent en réalité aucune énergie nouvelle à l'orga-

nisme. Elles aident celui-ci dans sa réaction naturelle vers la guérison : elles mettent en liberté des forces, elles n'en créent point.

Toute l'énergie de guérison, si je puis dire, doit donc venir d'une autre source. Elle provient d'une part de l'alimentation judicieuse et de la suralimentation ; elle provient d'autre part de l'économie de l'effort, de la suppression de toute dépense de luxe, qui permet à l'énergie disponible de se consacrer à la restauration de la cellule nerveuse épuisée. C'est pourquoi le repos et le régime alimentaire doivent être les accompagnements nécessaires de toute médication tonique. Trop de thérapeutes l'ont oublié : et de là viennent beaucoup de leurs déboires.

Mais il faut encore que cette réaction vers la guérison, l'organisme et le système nerveux du malade soient capables de la réaliser. Il en est ainsi heureusement chez les neurasthéniques ordinaires. Mais il est certains malades où elle fait défaut. Ce sont, soit des sujets si profondément débilités que leur organisme a perdu tout ressort, soit des constitutionnels, neurasthéniques chroniques ou intermittents, qui paraissent absolument réfractaires à toute stimulation. Il semble

qu'il y ait chez eux une véritable paralysie de la réaction nerveuse. Les doses les plus énergiques de médicament ne provoquent aucune réponse. C'est là, comme nous le verrons plus loin, une des causes de l'incurabilité de certains malades.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DE L'ÉTAT MENTAL
PSYCHOTHÉRAPIE.

Le neurasthénique possède un état mental particulier. Ceci n'est d'ailleurs qu'un cas individuel d'une loi beaucoup plus générale, en vertu de laquelle nous pouvons dire que tout malade possède son état mental. En effet, par le seul fait qu'il est malade, qu'il éprouve des sensations insolites, qu'il souffre, qu'il est immobilisé dans sa chambre ou diminué dans son activité, qu'il suit un traitement, qu'il attend sa guérison, qu'il est inquiet sur sa santé, tout individu se crée à lui-même une mentalité anormale qui accompagne l'affection dont il est atteint.

Or, ce qui existe chez le patient non névropathe va se produire à plus forte raison chez le neurasthénique. Impressionnable, inquiet,

souvent mal compris de son entourage, celui-ci va adopter une attitude psychique très spéciale dont nous allons analyser les éléments.

Que trouvons-nous dans l'esprit du neurasthénique?

D'abord un certain nombre de *sensations anormales*, simplement pénibles ou bien douloureuses, qui lui viennent de son corps : fatigue, courbature musculaire, céphalée, rachialgie, palpitations, crampes, spasmes, etc.

Puis, un *état affectif* particulier, fait de tristesse, d'ennui, d'inquiétude.

Ensuite, la conscience désagréable de la *difficulté au travail* intellectuel, de la diminution de son attention, de sa mémoire.

Enfin, la constatation de l'*amoindrissement de sa volonté.*

Tous ces symptômes ne font que traduire dans la conscience l'affaiblissement même des centres nerveux : ce sont donc des éléments primaires de la mentalité neurasthénique.

Mais ce n'est pas tout. Le malade qui éprouve ces sensations va naturellement les étudier dans son for intérieur, les interpréter, raisonner sur elles, en tirer des consé-

quences, en extraire des conclusions. De ce travail de raisonnement et d'interprétation vont donc naître des éléments nouveaux dans la mentalité neurasthénique, éléments qui seront des éléments secondaires.

Les uns dérivent de l'inquiétude, prennent la forme de crainte. Et ces *craintes* des neurasthéniques sont multiples.

Traités en général avec quelque ironie dans leur famille, dans leur entourage, incompris et raillés, taxés de malades imaginaires, ils craignent que personne jamais ne comprenne ce qu'ils souffrent, que le médecin ne découvre pas le mal dont ils sont atteints. C'est pourquoi ils se livrent à des descriptions si prolixes, appuyées sur les petits papiers.

Ils craignent aussi que cette maladie mystérieuse dont ils sont victimes et qui fait souffrir sans qu'on voie rien d'apparent, que cette maladie si mal connue demeure incurable et qu'ils soient condamnés ainsi à la traîner toujours avec eux.

Certains redoutent qu'elle ne soit que le commencement d'une maladie grave, l'ataxie, la paralysie, le « ramollissement du cerveau », la folie.

La peur de perdre la tête est présente chez beaucoup de malades. Cette peur est une des plus profondes, des plus essentielles : elle les hante avec une particulière intensité. C'est elle cependant qu'ils avouent en dernier lieu, comme la préoccupation la plus secrète de leur âme, c'est d'elle dont ils vous parlent dans les minutes finales de votre entretien. J'ai, devant la porte d'entrée de mon cabinet, un paravent destiné à cacher la pièce quand cette porte s'ouvre. Or, c'est derrière ce paravent, souvent, que le malade m'avoue sa crainte suprême. Tandis que je le pousse doucement vers la sortie, n'ayant plus rien d'utile à entendre ni à dire, alors soudain, il s'arrête derrière ce paravent, dans ce coin un peu obscur, et me demande avec une angoisse dans la voix : « Docteur, je ne deviendrai pas fou? » Voilà le cri suprême du neurasthénique anxieux!

Ayant lu dans les journaux les récits de suicide de maints neurasthéniques, ils craignent aussi d'être poussés à se donner la mort. Remarquez bien qu'au fond, quoique trouvant la vie mauvaise, le neurasthénique n'a pas d'impulsion au suicide. Il songe à la mort, d'une façon contemplative, mais sans

jamais en prévoir ou en organiser l'exécution. Et par là il se distingue foncièrement du mélancolique, qui prépare son suicide et l'accomplit.

Ils craignent enfin toutes les conséquences de leur maladie au point de vue social, pour eux-mêmes et pour leur famille : nécessité d'abandonner leurs affaires ou leur profession, misère de leur femme et de leurs enfants, discrédit jeté sur eux, etc.

En même temps que les craintes, les *auto-suggestions* viennent compliquer aussi leur état mental.

Je ne parle pas seulement ici de la tendance qu'ils ont à exagérer leurs symptômes en présence du médecin pour que celui-ci les soigne avec plus d'attention et de compassion, mais aussi de l'amplification qu'ils leur donnent en face d'eux-mêmes. L'imagination augmente leurs douleurs, leurs anxiétés, mais surtout leurs impuissances. Beaucoup se sentent beaucoup plus mal qu'ils ne sont en réalité, se croient beaucoup plus incapables au travail et à l'effort qu'ils ne le sont réellement. On constate aisément cette conviction d'impuissance par l'épreuve du dynamomètre. Souvent, quand je leur mets cet appareil dans la main,

ils me disent : « Je suis si faible que je puis à peine serrer ! » Et en les stimulant de la voix et du geste, j'obtiens, à leur grand étonnement, qu'ils amènent un chiffre très convenable, voisin de la normale.

Enfin, s'organise chez eux, peu à peu, tout un ensemble de pratiques et d'*habitudes*, telles que l'économie de l'effort, l'interprétation pessimiste des événements, la misanthropie, la sauvagerie, la timidité, le découragement, le scepticisme, etc., qui sont la suprême efflorescence intellectuelle de leur affaiblissement nerveux.

De ces éléments de l'état mental neurasthénique, les primaires, qui ne sont que la traduction consciente de la dépression nerveuse, relèvent du traitement général de l'asthénie, ils s'atténuent et s'amendent en même temps qu'elle.

Les secondaires, au contraire, qui sont des productions psychiques surajoutées, réclament un traitement direct : ce traitement, c'est la psychothérapie.

J'ai déjà dit quel était exactement le rôle de la psychothérapie chez les neurasthéniques et ce que nous avons le droit d'en attendre.

J'ai montré également comment nous devions l'utiliser pour combattre les émotions provocatrices de la dépression, comment elle devait accompagner toute application thérapeutique pour la dynamiser.

Je me bornerai donc ici à indiquer comment nous devons l'employer contre ces conséquences psychiques.

L'action morale du médecin, à cet égard, peut se résumer en quelques mots : rassurer le malade sur ses craintes, lui rendre la confiance en lui-même, encourager sa volonté, son énergie, sa patience, le faire rentrer peu à peu dans la vie normale.

Expliquez-lui donc loyalement ce qu'est la neurasthénie, montrez-lui que si elle est pénible, elle n'est du moins pas dangereuse. A ceux qui s'effraient de son mystère, je fais lire des passages de mes livres et de mes articles, et ainsi la connaissance exacte de l'affection dont ils souffrent vient les rassurer. Tous mes travaux sont écrits avec la préoccupation de ne pas effrayer les malades et toujours ceux-ci m'ont déclaré que leur lecture leur avait fait le plus grand bien. Apprenant qu'ils sont atteints de fatigue chronique, que la fatigue est un phénomène

normal qui disparaît par le repos, ils se prêtent bien plus volontiers à toutes les prescriptions de la cure.

Plaidez aussi énergiquement la cause de la curabilité. Dans ce but, je ne me contente pas d'affirmations, je fournis des preuves. Je mets sous les yeux de mon client mes dossiers d'observations (en respectant bien entendu le secret professionnel), je lui démontre par des exemples que des malades bien plus atteints que lui ont guéri.

A ceux qui redoutent une affection médullaire, par l'examen des réflexes patellaires, je fais constater, *de visu*, que leur moelle est indemne. Je les fais tenir debout sur un pied, les yeux fermés, et je leur montre l'importance de cette épreuve. Je les fais marcher, prendre diverses attitudes, pour les convaincre de l'absence de toute paralysie.

A ceux, enfin, qui ont peur de devenir fous, je réponds en souriant cette phrase péremptoire : « Tant qu'on a la peur de devenir fou, c'est qu'on ne l'est pas. Les vrais fous sont ceux qui ne s'en rendent pas compte. » Et les voici rassurés.

Combattez aussi l'élément imaginatif, remettez les choses au point; sans douter de

la réalité des souffrances, annoncez leur atténuation rapide par le traitement, affirmez aussi le prompt rétablissement de l'énergie. Pour convaincre les malades, j'utilise volontiers l'épreuve dynamométrique qui leur prouve par des chiffres indiscutables que leur force n'est pas perdue, je mesure le tonus musculaire, leur démontrant que leurs muscles possèdent toujours une bonne élasticité.

Encouragez et fortifiez leur volonté. Exhortez-les à surmonter leurs impressions nerveuses, à ne pas capituler devant une appréhension, à se dominer eux-mêmes pour dominer les autres. Au besoin, imposez-leur quelques exercices pratiques de volonté pour entraîner cette fonction.

Enfin, faites-les sortir de ce rempart d'habitudes et de précautions dont ils se sont entourés, de cette atmosphère de malade dont ils s'enveloppent, pour les faire rentrer dans la vie commune, les faire vivre comme tous, leur faire accepter comme tous les déceptions, les ennuis, les soucis, les difficultés qui sont la monnaie courante de notre existence.

Et par-dessus tout, sachez entretenir chez vos malades la patience de se soigner. La plu-

part sont pressés, poussés par une hâte intense de guérir. Au bout de quelques jours de traitement, trouvant que leurs progrès ne vont pas assez vite, ils se lamentent et se lassent. Dites-leur que la médecine ne fait pas de miracles instantanés, que tout traitement, pour guérir, a besoin d'agir, que le temps est un facteur indispensable pour toutes les œuvres humaines. A chaque rencontre, faites-leur constater, toucher du doigt le chemin parcouru, et ainsi entretenez à la fois leur patience, leur espoir et leur courage.

On voit que la psychothérapie est loin d'être négligeable chez le neurasthénique. Elle n'est qu'un adjuvant, mais un adjuvant nécessaire: et à ce titre, elle mérite de faire partie de la méthode thérapeutique de la névrose.

Tout ce traitement moral doit être fait légèrement, avec délicatesse, avec doigté. Point n'est nécessaire de pontifier, de prendre des airs graves d'augure, de faire asseoir le patient en face de soi, comme sur la sellette chez un juge d'instruction. Tout en faisant mon traitement habituel, je parle au malade, je dis incidemment les phrases qui conviennent, sans y insister trop lourdement. Parfois seulement, je prends un ton un peu plus

solennel, pour une affirmation plus catégorique. De même, quand je fais la rééducation du malade, je le fais marcher, agir sans discipline étroite, sans que cela ressemble à des exercices militaires.

Et ce traitement, je le continue quand je puis, non seulement dans mon cabinet, mais en dehors, en toutes circonstances. Beaucoup de mes malades sont devenus mes amis. Et je profite alors des instants de délassement que nous passons ensemble pour poursuivre ma tâche psychothérapique. A propos de chaque événement, dans le hasard de la causerie, je ne manque pas l'occasion de rassurer mon patient, de lui démontrer l'inanité de ses craintes, de lui prouver qu'il vient d'être énergique, de le conquérir à la souple et douce philosophie de la *Résignation armée*.

CHAPITRE X

TRAITEMENT SPÉCIAL DE QUELQUES SYMPTOMES

Le traitement général que nous venons d'exposer, en faisant disparaître l'asthénie fondamentale et ses causes, devrait du même coup, au moins en théorie, faire disparaître également tous les symptômes, puisque ceux-ci ne sont que l'expression clinique, dans les divers domaines fonctionnels, de cette asthénie. Si cette éventualité se réalise souvent, chez les neurasthéniques ordinaires il n'en est pas toujours ainsi. Parfois, malgré l'amélioration générale et l'atténuation de la dépression, nous voyons subsister un ou plusieurs symptômes dont le malade se plaint avec persistance.

Ce sont notamment : l'irritabilité nerveuse, un état d'inquiétude, des palpitations, la cé-

phalée, des vertiges, la rachialgie, l'insomnie, l'impuissance virile. Chacun de ces symptômes récalcitrants réclamera alors un traitement individuel que nous allons exposer.

Irritabilité. — Cette irritabilité nerveuse est à la fois somatique et psychique. Le malade éprouve en lui-même une sorte de trépidation intérieure; il ne peut rester en place, se remue, s'agite sans prétexte. Il souffre d'hyperesthésie sensorielle, sursaute à chaque bruit imprévu, craint la lumière violente. Parfois il a des spasmes brusques, des crampes musculaires.

Psychiquement, il est impatient, irascible, d'humeur ombrageuse, se fâchant à tout propos, ne tolérant aucune contrariété. Sa volonté est spontanée, impulsive. Il regrette d'ailleurs, l'instant d'après, ses colères ou ses élans.

Contre cette irritabilité, je conseille d'abord l'hydrothérapie chaude, matin et soir, soit sous forme de douche en pluie ou en jet brisé, soit la simple lotion à l'éponge, suivie d'une bonne friction à l'eau de Cologne.

Le médicament héroïque contre l'irritabilité est le bromure de potassium. Je prescris

dans les cas légers un cachet de 0 gr. 50 au milieu du déjeuner et du dîner. Si la surexcitation est plus marquée, on élève cette dose à 1 gramme chaque fois. Si le malade est surtout énervé la nuit, et s'il a de l'insomnie par agitation, il y a avantage à donner le médicament en une seule fois au milieu du dîner.

On me fera remarquer que le bromure est un déprimant qui théoriquement paraît nuisible dans la névrose dépressive. Cette objection est vraie. Mais grâce à la forte quantité de strychnine que je fais absorber par ailleurs, l'effet dépressif du bromure est compensé, devient négligeable et le patient n'en retire que des bénéfices. Il est donc essentiel de ne prescrire ce médicament que si le malade est déjà soumis à la cure de strychnine.

Au cas où le bromure serait mal supporté par l'estomac ou la peau, on pourra prescrire la Bromiase de Couturieux, capsules kératinisées ne se dissolvant que dans l'intestin et par conséquent ménageant l'estomac et contenant une petite quantité de levure de bière qui empêche l'acné bromique. Je prescris également avec satisfaction dans ces cas les peptones bromées, spécialisées sous le nom

de Bromovose, Bromone, etc., et qui sont bien tolérées par les malades.

D'autres substances calmantes et qui rendront également des services quoique moins actives et moins pratiques que le bromure sont la belladone, l'hyoscine, l'hyoscyamine, la scopolamine. Leur action est moins profonde et moins durable que celle des bromures, et elles possèdent l'inconvénient d'être très toxiques. On ne les utilisera que contre les grands accès d'agitation, en injections hypodermiques de préférence, dans les cas où le bromure ne peut être ordonné, pour une raison quelconque.

Enfin, il est une pratique que je conseille souvent chez les irrités : c'est ce que j'appelle l'exercice de détente. Le malade se couche sur un lit ou sur une chaise longue, dans un état de relâchement complet des muscles. Il doit respirer lentement et profondément, sans penser à rien. La séance dure 10 minutes et on peut la répéter plusieurs fois par jour. La position horizontale, le relâchement musculaire, la respiration rythmée procurent un état de calme très marqué. Je fais accomplir les premières séances sous mes yeux, créant une sorte de rééducation de la détente. Puis,

j'engage le sujet à les répéter lorsqu'il est seul, chaque fois qu'il est trop énervé. Il est évident que le thérapeute doit fortifier cette pratique en y attachant une forte dose de suggestion calmante.

Inquiétude. — Tout neurasthénique porte en lui un fond d'inquiétude qui disparaît en général avec la dépression dont elle est née.

Mais chez certains prédisposés, cette inquiétude grandit au point de devenir un état anxieux chronique. C'est un sentiment d'insécurité, d'attente, de menace, auquel se joint une impression vague de gêne, de difficulté respiratoire qui est des plus pénibles.

Cette anxiété n'est qu'une des formes émotives de l'irritabilité envisagée précédemment; aussi les mêmes prescriptions lui conviennent-elles : hydrothérapie chaude, bromures, belladone, respirations profondes. On y pourra joindre plus spécialement l'opium ou ses alcaloïdes. Prescrivez de 2 à 6 centigrammes d'extrait d'opium. L'alcaloïde que je préfère est la codéine, soit par la bouche, soit en injections, à la dose de 2 à 6 centigrammes par jour. Elle crée un sentiment d'euphorie et n'a pas les inconvénients de la morphine.

Dans ces dernières années, Sahli a préconisé un extrait total d'opium vendu sous le nom de Pantopon, en comprimés ou solution injectable. Il y aura souvent avantage à le prescrire, lorsqu'on veut laisser ignorer au malade la nature de la substance qu'on lui prescrit.

Enfin, en présence d'un anxieux, il convient toujours de l'interroger discrètement sur les irrégularités possibles de sa vie sexuelle — désirs sans détente, coït interrompu, etc. — qui souvent, comme l'a montré Freud, sont à l'origine des états anxieux : dans ces cas, il suffira de conseiller au malade de rentrer dans la fonction normale, en lui expliquant les inconvénients de ses pratiques.

Palpitations. — Quelquefois les malades se plaignent avec insistance de palpitations et on constate en effet à l'auscultation que le cœur bat avec violence. D'autres sont pris par intervalle d'accès avec angoisse, qui simulent l'angine de poitrine. Ils redoutent alors d'être atteints d'une maladie de cœur et il importe en les soulageant de leur démontrer que ce sont phénomènes purement fonctionnels et de les rassurer ainsi.

Le traitement général et surtout le régime

et le repos, les indications spéciales qui s'adressent à l'irritabilité : hydrothérapie chaude, médicaments calmants, agissent favorablement sur ces palpitations.

On pourra y joindre des applications de compresses fraîches sur la région du cœur.

Les émotions doivent être particulièrement évitées.

Céphalée. — La céphalée du neurasthénique s'atténue en général d'elle-même, sous l'influence du traitement à mesure que s'amende la dépression, et finit par disparaître au bout de quelques jours.

Dans certains cas pourtant elle est si intense, si pénible, que le malade demande à en être soulagé. D'autres fois, elle persiste, malgré l'amélioration générale, comme une séquelle douloureuse. Il convient alors de la combattre.

Les médicament habituels réussissent bien contre elle : antipyrine, pyramidon, aspirine, etc. Une formule très à la mode en ce moment associe la salipyrine à la quinine et à la caféine.

L'électrothérapie rend également des services, sous forme de douche statique, au moyen de l'araignée. Il semble que cette

effluvation sur la tête ait une action nettement sédative sur la douleur : c'est même, d'après mon expérience, la meilleure utilisation de la statique chez ces malades. On pourra faire une séance de 20 minutes tous les jours.

Dans certaines circonstances, la céphalée semble relever, au moins en partie, d'un trouble circulatoire : hypo — ou hypertension artérielle. Si l'on constate l'hypotension artérielle au sphygmomètre, que les artères temporales sont molles, distendues, se laissent dilater exagérément par chaque ondée sanguine, il y aura lieu d'employer surtout les toniques vasomoteurs, la quinine, la caféine. Au contraire, s'il existe de l'hypertension, les hypotenseurs sont indiqués : trinitrine, tétranitrate d'érythrol, guipsine, et surtout le traitement général de l'intoxication qui est responsable de l'hypertension.

Il arrive aussi que chez les migraineux constitutionnels, l'état neurasthénique augmente non seulement la fréquence et l'intensité des accès de migraine, mais aussi crée une sorte d'état de mal migraineux passant à la chronicité : tête lourde et douloureuse, battements artériels, état anxieux, irritabilité d'humeur, etc.

Dans ces cas, je me suis bien trouvé de prescrire le chanvre indien à doses continues. On commence par dix gouttes de teinture, le soir au coucher, puis on augmente d'une goutte chaque jour jusqu'à 20 gouttes, et cette dose est maintenue jusqu'à guérison. Elle peut être continuée sans inconvénients, pendant des semaines et des mois.

Enfin, il arrive qu'on constate chez les neurasthéniques l'existence de la céphalée musculaire que j'ai étudiée antérieurement (1). Il s'agit d'une forme spéciale de douleur de tête, soit du type migraineux, soit du type névralgique (les deux peuvent s'associer ou alterner) due à l'irritation produite par des indurations des muscles du cou, de la nuque, des épaules, de la face même. Ces indurations, qui relèvent d'un état d'arthritisme chronique, par nutrition insuffisante, sont souvent exagérées par l'abaissement vital de l'organisme que produit la neurasthénie et ainsi celle-ci exacerbe la céphalée habituelle.

(1) Hartenberg, La migraine des arthritiques, *Presse Médicale*, 17 janvier 1906.

A propos des céphalées musculaires. Congrès des aliénistes et neurologistes, Amiens 1911.

Les céphalées musculaires, *Presse Médicale*, 1912.

J'ai préconisé contre cette céphalée la galvanisation répétée de tous les muscles atteints, à haute intensité. Le courant continu finit par assouplir le muscle, ramollir les indurations, amender la sensibilité.

On pourra au besoin y joindre le chanvre indien, comme je l'ai indiqué ci-dessus.

Vertiges. — Les vertiges cèdent en général rapidement à la strychnine à haute dose. Si cette médication est insuffisante, renforcez-la par la quinine à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour.

Mais sachez aussi que beaucoup de ces soi-disant vertiges persistants des neurasthéniques ne sont en réalité que des appréhensions de vertige. Les malades craignent d'être pris dans la rue par un accès et ils se voient déjà tombant et ramassés sur le trottoir. Quand cette peur les saisit, ils éprouvent une angoisse vive et l'état de confusion mentale et d'obnubilation qui accompagne l'émotion est pris par eux pour du vertige.

Il convient donc, par un interrogatoire serré, de bien préciser la nature des impressions qu'ils éprouvent. Des paroles énergiques et réconfortantes les rassureront ensuite sur

la nature et l'innocuité de leurs appréhensions.

Rachialgie. — La rachialgie est rarement assez intense pour réclamer un traitement direct. Le plus souvent, elle disparaît par le repos et le traitement général.

Dans quelques cas pourtant, j'ai dû intervenir spécialement contre elle.

La courbature musculaire qu'elle représente cède bien au courant continu à haute intensité. On fera une séance tous les jours d'abord, puis tous les deux jours. Le massage doux agit de même. Enfin, en cas de douleurs plus aiguës, les pointes de feu pourront être employées.

Le même traitement convient aux autres localisations douloureuses, aux diverses algies.

Souvent ces algies proviennent d'infiltrations interstitielles, de cellulite. On utilisera alors soit le courant continu, soit le massage.

Insomnie. — L'insomnie est un des symptômes les plus difficiles à combattre chez les névropathes en général et chez les neurasthéniques en particulier.

Heureusement que souvent le traitement

général la fait disparaître en même temps que les autres symptômes. Il est même curieux de constater combien dans certains cas la strychnine à haute dose, qu'on pourrait considérer comme excitante et nuisible au sommeil, le facilite singulièrement. C'est au point que plusieurs de mes malades me demandaient, lorsqu'ils devaient dîner en ville, de ne pas en prendre, parce qu'ils éprouvaient au dessert un besoin de sommeil irrésistible.

Mais si l'insomnie est récalcitrante, il faut la combattre directement. Dans ce but, il importe au préalable de se renseigner sur le mécanisme même de cette insomnie.

Distinguons d'abord une insomnie de fatigue. C'est celle-ci qui survient normalement à la suite d'un excès de travail et d'effort. On sait que lorsqu'on est très las, soit à la suite d'une marche, d'un exercice épuisant, soit à la suite d'un labeur intellectuel, on ne parvient pas à s'endormir.

Le repos prolongé, les toniques, sont ici indiqués. Dans les cas graves, il ne faut pas craindre de condamner les patients au lit. Le sommeil revient par l'absence d'effort. Et il est prudent de ne les faire lever que très

progressivement, car la moindre fatigue nuit au sommeil.

Si l'on constate une hypotension artérielle nette, nous serons en présence de l'insomnie des hypotendus, sur laquelle M. Martinet a récemment appelé l'attention. La caféine, la digitale, l'adonis vernalis sont alors indiqués.

Vient ensuite l'insomnie par surexcitation nerveuse. Le malade ne parvient pas à rester tranquille, immobile dans son lit. Il se retourne, s'agite, ne s'endort pas. Il faut faire appel ici aux calmants, aux infusions de tilleul, de fleurs d'oranger, au bromure à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme au milieu du dîner.

S'il existe de l'hypertension artérielle, un état d'intoxication, on désintoxiquera le malade, on lui donnera des dépresseurs vasculaires.

On peut distinguer enfin une insomnie par préoccupations anxieuses. Le sujet, poursuivi par un souci, un ennui, y pense indéfiniment, et son cerveau, qui ne pute se mettre en repos, ne parvient pas à s'endormir. Durant la nuit, l'esprit travaille, rumine indéfiniment sur les sujets qui le préoccupent.

Dans ce cas, il faut encore calmer l'inquiétude par le bromure ou mieux encore par l'opium.

A ces diverses prescriptions, il est évident qu'on joindra celles qui conviennent à l'insomnie en général : repas du soir léger, chambre silencieuse et fraîche (fenêtre ouverte ou entrebâillée), ne pas lire au lit, hydrothérapie avant le coucher : lotion ou douche tiède, bain chaud prolongé.

Enfin, nous avons comme dernière ressource les hypnotiques. Il ne faut y faire appel qu'en dernier ressort, mais cependant comme il est nécessaire avant tout que le neurasthénique dorme, résignons-nous à les prescrire lorsqu'ils sont inévitables. Véronal, trional, sulfonal, chloral, paraldéhyde, etc., la série en est riche. Le véronal convient à peu près à tous les cas. Parfois, il est mal supporté. Prescrivez alors le sulfonal, le chloral, la paraldéhyde.

Impuissance virile. — Beaucoup d'hommes neurasthéniques, nous l'avons vu, accusent, sinon une impuissance virile totale, du moins une notable diminution de leur capacité sexuelle. Ils n'ont que des érections rares,

maintes fois insuffisantes. Cette dépression sexuelle n'est en réalité qu'une expression partielle de la dépression nerveuse générale. Aussi n'y a-t-il pas lieu le plus souvent de lui opposer un traitement particulier. La faiblesse génitale s'amende spontanément en même temps que l'asthénie fondamentale. Elle ne réclame pas d'intervention spéciale.

Au reste, nombre de neurasthéniques, même quasi impuissants, ne sollicitent nullement un relèvement de leur capacité sexuelle. C'est qu'en fait, ils n'en souffrent pas. L'impuissance n'est une cause de peine ou de chagrin que si elle entrave la réalisation d'un désir, si elle empêche la possession d'une femme convoitée. Or, la plupart des neurasthéniques avouent qu'ils n'ont pas ou plus de désirs, que les question sexuelles leur sont tout à fait indifférentes. Ils n'ont pas de pensées voluptueuses : la femme ne les attire pas. Par une sorte d'instinct, ils sentent que le coït les fatiguerait davantage, ou par expérience, ils savent qu'il augmenterait leur dépression : loin d'en rechercher les occasions, ils les évitent plutôt. Certains neurasthéniques même éprouvent une véritable répugnance pour l'acte sexuel, qu'ils

considèrent comme une imprudence, Et quand, sous les sollicitations de leur épouse ou de leur maîtresse, ils se laissent aller à l'accomplir, ils en viennent à éprouver ensuite une véritable rancune contre la femme qui les a tentés. Donc aucune thérapeutique spéciale dans ces cas.

Il n'en est plus de même dans une seconde catégorie de malades que nous allons envisager maintenant.

Il arrive fréquemment que certains individus, ayant traversé une période de dépression et y ayant subi des échecs sexuels, s'impressionnent au plus haut degré de ces « ratés », si je puis dire. Ils s'en affectent, s'en préoccupent, s'inquiètent pour l'avenir. Que vienne alors l'instant de tenter un nouvel essai, et fatalement le souvenir de l'ancien échec revient avec l'angoisse de ne pas réussir. Et leur émotion est si forte qu'elle leur enlève tous leurs moyens et qu'ils demeurent en face de la femme désirée dans un mutisme génital absolu.

Il s'agit alors d'impuissance virile émotive. Ce n'est plus à proprement parler une incapacité véritable, mais un phénomène d'inhibition par mécanisme psychique. Toutefois,

ainsi que je l'ai fréquemment observé, il existe cependant, sous cette impuissance émotive, un certain degré d'affaiblissement organique réel. Sauf chez les grands émotifs, je crois que l'impuissance anxieuse ne fait en réalité qu'exagérer une diminution plus ou moins marquée, mais réelle, de la capacité sexuelle. Une érection puissante, durable, chez un individu vigoureux, ne saurait être annihilée par une émotion. Elle ne s'altère que parce que déjà elle est moins énergique.

De là, les indications du traitement. Il convient à la fois de fortifier la capacité virile et de combattre l'émotion survenant au moment de pratiquer le coït.

Voici comment je procède. Je commence par parler au malade. Je lui déclare qu'il est atteint d'une légère diminution de la force virile que je vais combattre, par les moyens appropriés. « Quand vous aurez retrouvé votre capacité normale, dis-je encore, aucune émotion, si forte soit-elle, ne pourra plus faire tomber votre érection. »

Dans ce but, je pratique chaque jour une séance de galvanisation à courant alternatif interrompu. L'électrode positive est placée, bien moulée, sur le périnée ; l'électrode néga-

tive sur les reins. Au moyen d'un métronome, je produis des interruptions et des renversements de courant qui chaque fois provoquent une contraction musculaire profonde. Séance de dix minutes.

Après cette séance, je pratique dans l'intérieur des cuisses une injection de 0,001 milligramme d'yohimbine. Cette substance est, d'après mon expérience, le meilleur des aphrodisiaques. Il n'est pas douteux qu'elle favorise considérablement les érections vigoureuses. Elle m'a toujours paru très supérieure aux médicaments classiques : phosphore, cantharides, ergotine, et ne présente aucun inconvénient, aucun danger. Quant à la strychnine, qui passe aussi pour un aphrodisiaque, je n'ai jamais constaté, même aux fortes doses où je l'emploie, qu'elle ait une action spécifique sur les organes génitaux. Elle agit admirablement sur la dépression nerveuse, mais non sur l'appareil de l'érection.

Je conseille en outre matin et soir un bain de siège froid durant dix minutes, ou bien une douche froide en jet, le long de la colonne vertébrale et sur le périnée.

On a tout récemment préconisé le massage

pneumatique de la verge. Une sorte de ventouse est appliquée sur le membre et y fait un vide relatif qui produit l'érection. Puis, celle-ci étant produite, on détermine avec la pompe une série de compressions et de décompressions qui réalisent un véritable massage pneumatique. Je n'ai jamais employé ce procédé, mais ses instigateurs prétendent en avoir obtenu de bons effets.

Après ce traitement physique, reste à combattre l'élément émotif du malade. C'est à la psychothérapie que revient cette tâche.

Si le malade le désire, et s'il y met sa confiance, je tente volontiers la suggestion hypnotique, que le sujet dorme ou ne dorme pas. L'important est que mes paroles le réconfortent et lui rendent confiance en lui-même.

Mais bien plus essentiels sont les conseils suivants, que je donne à l'état de veille. Je dis au malade : « Vos râtés proviennent de ce que, couché avec la femme que vous désirez, vous *voulez* une érection. Or, on ne peut *vouloir* une érection. Plus vous la voudrez, moins elle viendra. Il faut au contraire qu'elle se produise spontanément, sans que vous y pensiez, en dehors de votre volonté. Or, pour qu'elle se produise ainsi, il faut que

vous sachiez l'attendre ! Faites donc ceci : couchez-vous, le plus souvent possible, avec la femme. Mais en vous couchant, n'ayez aucune intention précise, aucun projet formel, ne vous dites pas : Je veux avoir une érection à tout prix. Non. Pensez : je vais attendre l'érection propice ; quand elle viendra, j'en profiterai. Et pensez-y le moins possible. Moins vous y penserez, plus elle viendra vite.

« Mettez la femme au courant, plus ou moins exactement, de votre secret. N'en faites pas une affaire d'amour-propre. Les femmes ont beaucoup plus d'indulgence qu'on ne croit pour ce genre de mésaventures. Au besoin, confiez-lui qu'elle vous intimide tellement que vous en êtes glacé d'émotion. Elle en sera flattée.

« Et, dans une telle attitude d'esprit, attendez l'érection. Elle viendra plus ou moins vite, mais elle viendra. A mesure que par mon traitement physique, vos forces viriles se rétabliront, elle se rapprochera. Si elle ne vient pas le premier jour, ne vous désespérez pas : ce sera pour le second contact, peut-être pour le troisième ou le quatrième seulement, mais je vous assure qu'elle viendra ! »

En effet, dans toutes mes observations, le succès est survenu au bout de 4 ou 5 jours au maximum. Quelques épreuves répétées avec satisfaction rendront peu à peu confiance au malade : et l'hypermnésie émotive, l'anxiété paralysante s'atténueront progressivement.

Quelques mots pour finir sur l'éjaculation précoce qu'on rencontre aussi quelquefois chez les neurasthéniques où l'irritabilité domine. Ici, l'érection se produit bien, mais il existe une telle irritabilité des terminaisons sensitives génitales que le moindre contact avec la femme suffit à provoquer l'éjaculation, avant que l'intromission ait pu être réalisée. Parfois même, le sujet étant seul et ayant une érection par une représentation érotique, est victime d'éjaculations spontanées par frottement contre les vêtements ou par simple effet de son imagination.

Il ne s'agit pas, on le voit, d'impuissance à proprement parler, mais d'une difficulté spéciale de l'acte sexuel, par durée insuffisante de l'érection.

Aussi l'éjaculation précoce réclame-t-elle une tout autre thérapeutique que l'impuissance, puisqu'il ne s'agit plus ici d'une faiblesse

des muscles de l'érection, mais d'une hyperesthésie sensitive.

Le traitement général se confondra avec le traitement de l'irritabilité, que nous avons déjà indiqué et dont cette hyperesthésie n'est qu'une manifestation : bromures, hyoscine, scopolamine, hydrothérapie chaude, etc.

Comme traitement spécial, on a préconisé une méthode un peu particulière qui consiste à produire, pour éviter l'éjaculation, une dérivation nerveuse. Au moment où le sujet sent l'éjaculation imminente, soit avant, soit après l'intromission, il doit se produire à lui-même une sensation forte qui inhibe cette éjaculation. Cette sensation forte peut être de nature différente : odeur violente et désagréable, piqûre, pincement. On a même imaginé une sorte de bracelet garni de pointes que le sujet serre au moment voulu, ou bien un petit appareil faradique portatif qui produit une impression douloureuse. Le plus souvent, il suffit que le malade se pince fortement ou se pique à l'aide d'une épingle lorsqu'il sent venir l'éjaculation. Certains même peuvent la retarder en pensant à une idée ou un souvenir pénible.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

J'ai dit qu'il est un certain nombre de troubles qu'il vous arrivera de rencontrer chez les neurasthéniques et qui pourtant ne doivent pas être considérés comme faisant partie de la neurasthénie, qui représentent, non des symptômes, mais des complications de la névrose dépressive : ce sont les divers accidents anxieux, les phobies et obsessions, l'hypocondrie, les autosuggestions, l'état mélancolique.

Tous ces troubles, lorsqu'ils accompagnent la dépression, ne cèdent pas, en général, au traitement habituel et ils réclament une thérapeutique spéciale. J'ajoute que cette thérapeutique est particulièrement laborieuse et délicate, en raison même de la nature de ces troubles. Nous nous trouvons en présence ici,

en effet, de prédispositions natives de l'organisme, de tares nerveuses, que l'état neurasthénique a réveillées ou exagérées. Il s'agit donc d'un élément constitutionnel à combattre, et on sait combien de tels combats sont pénibles et souvent incertains. Aussi ne faudra-t-il pas s'étonner si la cure rapide et complète de ces accidents est souvent impossible, et, dans bien des cas, devra-t-on ne promettre et n'espérer qu'une amélioration relative qui déjà représente une belle victoire remportée sur la maladie.

Phobies et obsessions. — Toutes les phobies et obsessions se développant sur un fond d'anxiété, il convient d'abord, quelle qu'en soit la forme, de calmer cette anxiété par les moyens que nous avons indiqués : bromures, belladone, opium, hydrothérapie chaude, exercices respiratoires, etc.

Ceci étant fait, on passera au traitement individuel de chaque forme.

Au point de vue spécialement thérapeutique, j'ai été conduit à distinguer divers types de phobies.

Tout d'abord, les phobies qui dérivent d'un désordre organique réel, déjà constaté

par le malade, et qu'il redoute à cause de ses inconvénients.

Telle est, par exemple, la trémophobie chez un trembleur. J'ai été consulté dernièrement par un homme qui avait la phobie anxieuse de trembler en écrivant. Mais une enquête m'a appris que cet homme, ancien alcoolique, tremble depuis longtemps : et c'est seulement la peur de ne plus pouvoir écrire du tout et de perdre sa situation, qui a donné naissance à la phobie.

De même un neurasthénique, ayant une grande faiblesse de jambes, du dérobement, peut devenir baso-phobique. Mais cette baso-phobie n'est que la conséquence d'une difficulté de la marche réelle.

J'ai montré également comment la phobie de la rougeur est préparée par une vaso-dilatation de la tête et un éréthisme cardiaque constitutionnel. L'éreuthophobie n'est que la peur du retour des bouffées de sang au visage, se produisant avec une facilité extrême et constatées fréquemment auparavant.

Dans toutes ces formes de phobies, il convient d'abord de diminuer ou de faire disparaître le trouble réel qui est l'origine de la phobie.

On calmera le tremblement par l'hyoscine; on fortifiera la musculature des jambes par l'électricité, le massage, les toniques; on calmera la tendance congestive du visage par la galvanisation cervicale comme je l'ai indiquée, par la quinine ou l'adrénaline; on apaisera l'éréthisme cardiaque par le bromure ou la belladone (1). La psychothérapie, visant à rassurer le malade, fera le reste.

Un second type de phobie est représenté par les phobies inhibitoires. Ce sont toutes celles qui ont pour effet d'empêcher le malade de faire quelque chose, de toucher un objet, d'accomplir un acte, de se rendre en un lieu quelconque.

J'ai indiqué ailleurs le traitement que j'oppose à ces phobies.

Après avoir mis le malade au repos, avoir imposé un traitement sédatif de l'émotivité, lui évitant soigneusement l'objet de sa phobie durant une ou deux semaines, je lui déclare subitement un jour qu'il est guéri, que son émotivité qui était la cause de sa phobie est

(1) Hartenberg, La base organique de la rougeur émotive et son traitement. *Presse Médicale*, 25 février 1911.

Un nouveau cas d'Éreuthophobie guéri par mon traitement. *Le Médecin praticien*, 20 décembre 1911.

apaisée et qu'il peut affronter le contact, l'acte ou la situation redoutés. Pour lui montrer la réalité de sa guérison, je lui propose de tenter l'épreuve : et sous ma direction, je lui fais affronter ce qu'il craint. Il a bien peur, tremble, s'angoisse, mais sous mes encouragements, il se risque, et insiste jusqu'à ce qu'il ait triomphé de son inhibition. J'accomplis ainsi une véritable rééducation de la volonté : et si celle-ci est tant soit peu développée chez le sujet, il finit par triompher de sa phobie.

Un troisième type de phobie comprend au contraire les phobies impulsives, celles qui ont pour effet d'imposer au malade un geste, un acte irrésistible. Telle la phobie de la saleté qui pousse les malades à se laver toute la journée. Telle la phobie d'un chiffre fatal, qui pousse le malade à chercher partout ce chiffre. Telle encore la phobie de la calvitie, qui poussait un mes clients à se regarder sans cesse dans une glace. Ici, le traitement psychique consiste à entraîner la volonté du malade à résister à ses impulsions. Comme les éléments moteurs jouent un rôle capital dans la ténacité d'une phobie, plus on restreindra ces éléments, plus on atténuera la phobie elle-

même. Il faut donc peu à peu obtenir la contrainte et la suppression des actes impulsifs : et ainsi, par des exercices progressifs, la phobie elle-même s'amendera.

Il existe enfin un quatrième type de phobies, qui ne sont ni inhibitoires, ni impulsives, ni l'exagération appréhensive d'un trouble réel. Ainsi, une de mes malades avait une peur continuelle de devenir folle. Un autre avait peur d'avoir envie de tuer sa femme. Un troisième avait peur de commettre un sacrilège en doutant de la sincérité de son confesseur.

Contre ces phobies, purement abstraites si je puis dire, qui ne donnent pas lieu à des réactions extérieures contre lesquelles on peut lutter, la thérapeutique est particulièrement ingrate. On doit s'en tenir au traitement général et aux raisonnements persuasifs qui, trop souvent, malheureusement, ne parviennent pas à convaincre le malade.

Du reste, je dois dire que la curabilité de ces diverses phobies est extrêmement variable, selon les sujets. Elle dépend directement de la prédisposition de chacun à l'anxiété. Ceux chez lesquels elle se déclenche à tout prétexte depuis l'enfance, ceux qui sont des anxieux-

nés, ceux-là guérissent très difficilement, parfois jamais. Ceux, au contraire, où l'anxiété est occasionnelle, provoquée seulement par la dépression, ceux-là peuvent guérir.

Les *obsessions* ne sont en général, comme l'ont montré Pitres et Régis (1), que des phobies passées à l'état chronique. Elles réclament donc le même traitement que ces dernières.

Les autres accidents anxieux, scrupules, doutes, manies diverses, tics anxieux, sont des plus difficiles à traiter. C'est qu'ils reposent sur un fond de prédisposition constitutionnelle que nous ne savons pas encore modifier.

Le traitement consiste à calmer l'anxiété, à lutter par la psychothéraphie, par des exercices, par des raisonnements contre l'activité parasitaire de l'esprit. Mais il ne faut pas trop escompter la guérison.

Hypocondrie. — De l'hypocondrie délirante, je ne dirai rien. Elle est une maladie mentale, le plus souvent incurable. Je tiens seulement à mettre en garde contre les opérations chirurgicales simulées ayant pour

1. Pithes et Régis, *Les Obsessions et les Impulsions.*

but de faire croire au malade qu'on lui a enlevé l'organe, le corps étranger, l'animal dont il souffre. Ces interventions ne produisent qu'une détente passagère, après laquelle le sujet retombe avec plus de découragement dans ses interprétations délirantes.

Au contraire, nous aurons à intervenir contre l'hypocondrie anxieuse.

Tantôt, celle-ci n'est qu'une phobie ou une obsession relative à un organe ou à une fonction, contre laquelle le malade lutte sans parvenir à s'en distraire. Nous appliquerons ici le traitement des phobies.

D'autres fois, il ne s'agit pas d'une phobie combattue à proprement parler, mais d'une préoccupation anxieuse accompagnée de la fixation de l'attention sur l'objet de cette préoccupation. Cette attention ainsi condensée fait ressentir au neurasthénique déjà hyperalgésique des sensations anormales, dont le bien-fondé ne lui paraît pas douteux et qui sont pour lui un véritable cauchemar. En voici quelques exemples :

Un de mes malades, frappé un jour par les mouches volantes qui passent devant ses yeux, fixe dès lors sur elles son attention, et les aperçoit avec des proportions énormes. Je

fais examiner ce malade par un ophtalmologiste qui ne constate rien d'anormal. La simple attention anxieuse, fixée sur ces mouches volantes, dont nous négligeons habituellement la présence, a suffi pour en faire un objet de gêne continuelle.

Un autre, préoccupé des gargouillements qu'il perçoit dans son ventre, fixe sur eux son attention anxieuse : et dès lors il passe son temps à suivre la marche des gaz dans son intestin, qu'il prétend constater parfaitement.

Un troisième vient se plaindre de palpitations violentes. A l'auscultation, les battements cardiaques sont tout à fait normaux. Par l'interrogatoire, j'apprends que cet homme craint une maladie de cœur, concentre sans cesse son attention anxieuse sur cet organe, au point qu'il a fini par le percevoir continuellement, alors que d'habitude cette sensation passe inaperçue.

Ces accidents hypocondriaques dus à l'attention anxieuse fixée sur une fonction ou sur un organe réclament également en premier lieu le traitement général de l'anxiété. En second lieu, on appellera à son aide la psychothérapie. Mais cette psychothérapie devra s'inspirer ici d'une diplomatie

particulièrement habile. Il faut éviter notamment la faute de vouloir traiter les symptômes directement. Car, plus on leur opposera de thérapeutique immédiate ou locale, plus on fixera l'attention sur son objet morbide, allant ainsi à l'encontre même du but poursuivi. Il faut au contraire faire de la dérivation de l'attention, distraire l'esprit du malade, négliger ces symptômes, n'avoir l'air d'y attacher aucune importance : bref, le traitement par l'indifférence affectée paraît ici le plus rationnel.

Autosuggestion.—Le traitement des autosuggestions des neurasthéniques ne diffère pas de celui des autosuggestions en général. Il relève essentiellement de la psychothérapie. A maladie par autosuggestion, traitement par suggestion.

Sans doute, il y aura intérêt, si le malade présente un état d'inquiétude très marquée, inspiratrice de l'autosuggestion, à calmer cette inquiétude par les moyens physiques déjà indiqués : hydrothérapie chaude, bromures, opium, belladone, exercices respiratoires. Mais c'est surtout le traitement psychique qui doit intervenir ici.

D'une part, par des paroles rassurantes, des arguments convaincants, on apaisera les appréhensions du malade. D'autre part, par la suggestion, soit vigile, soit hypnotique, soit directe, soit indirecte, au moyen de pseudo-médicaments, pseudo-électricité, pseudo-massages, etc., on affirmera au malade la disparition de ses troubles et la guérison complète et définitive. Et on terminera en faisant constater l'amélioration, par des marches, des exercices, des pressions, etc., en lui faisant avouer à lui-même sa propre guérison.

Mélancolie. — Lorsqu'on se trouve en présence d'un de ces états mixtes où la dépression nerveuse simple s'accompagne d'une tristesse et d'une douleur morale disproportionnées avec la situation du malade, où le terme de mélancolie peut être prononcé, il faut instituer le traitement classique de l'état mélancolique. On donnera le laudanum à doses progressivement croissantes et décroissantes en commençant par 50 gouttes par jour pour arriver jusqu'à 200 gouttes en augmentant de 5 gouttes quotidiennement. Parvenu à la dose maxima, on redescend jusqu'à 50 gouttes pour remon-

ter ensuite. Les injections de phosphate de codéine à doses croissantes jusqu'à 12 centigrammes par jour améliorent aussi le malade. Il convient aussi de surveiller très attentivement l'état général qui est souvent altéré, de se préoccuper sans cesse de l'alimentation, du sommeil, des fonctions intestinales.

Enfin et surtout, il faut une surveillance étroite du malade, en se souvenant toujours que le mélancolique a des idées de suicide et qu'il les exécute fréquemment. Si cette surveillance tant physique que morale n'est pas possible dans la famille, conseillez vivement le placement dans un établissement spécial et même l'internement. Il existe aujourd'hui, tant à Paris que dans la banlieue et en province, des maisons mixtes possédant à la fois une partie ouverte et une partie fermée. Il est ainsi loisible de faire passer instantanément le malade de l'une dans l'autre, si l'évolution de ses troubles en fait apparaître la nécessité.

CHAPITRE XII

PROPHYLAXIE — HYGIÈNE PRÉVENTIVE

Il ne faut pas espérer de l'homme qu'il se soigne à l'avance pour éviter une maladie qu'il ne connaît pas. Nos semblables n'ont guère recours au médecin et n'acceptent de subir un traitement que pour deux causes : le désir de ne pas souffrir, la peur de la mort. Que ces deux causes fassent défaut, qu'il ne souffre pas, qu'il ne sente ou ne croie pas sa vie en danger, non seulement le public ne pensera pas à avoir recours à la médecine, mais encore il accablera les médecins de ces sarcasmes d'homme bien portant, toujours identiques, dans leur banale niaiserie, depuis les siècles les plus reculés, sans doute depuis qu'il y a des médecins. C'est pourquoi je répète volontiers que les maladies les plus dangereuses sont celles qui ne

font pas souffrir. Le malade n'en étant point incommodé, ne les soigne pas. Telles sont, par exemple, l'albuminurie, le diabète. Plus qu'aucune autre, ces affections exigeraient une hygiène sévère, des privations continues, une prudence persévérante. Or, ce sont celles dont les patients en général se soucient le moins. Ils ne souffrent pas : alors tous nos régimes leur semblent des fantaisies de pessimistes. Comme ils sont portés souvent vers la bonne chère, vers les vieux vins et vers les jeunes femmes, ils en usent et en abusent, se riant de nos avertissements, et se disant dans leur for intérieur : « Quand ça n'ira plus, il sera bien temps d'arrêter! » Je connais ainsi autour de moi quantité de diabétiques, de brightiques, de cardiaques légers, qui se tuent lentement et comme à plaisir. Et puis, quand le moment des accidents aigus viendra, il sera trop tard. Alors, nous resterons impuissants devant l'usure de leurs organes. Mais ce sont les mêmes cependant, sourds à nos sages conseils pendant des années, qui proclameront rageusement la faillite de la science et l'ignorance des médecins.

Toutes ces considérations s'appliquent aussi aux neurasthéniques. Vous aurez beau dépis-

ter chez eux quelques stigmates de faiblesse, de fatigabilité nerveuse, vous aurez beau leur conseiller des ménagements, les mettre en garde contre l'accès de neurasthénie qui menace, ils feront la sourde oreille. Comme les autres, ils ne commenceront à se soigner que quand ils seront vraiment malades.

Il n'y a donc pas, en réalité, de prophylaxie de la neurasthénie; on ne rencontre pas, en pratique, les occasions d'empêcher de devenir neurasthénique un individu qui ne l'a jamais été. C'est après une première, une seconde, une troisième crise seulement, que le malade, connaissant alors par expérience les inconvénients du mal, se soucie de l'éviter à l'avenir. C'est là que commence seulement la médecine préventive de la neurasthénie.

Voici donc votre malade qui vient de faire un accès de neurasthénie, nettement amélioré, plus ou moins sorti de sa dépression, plus ou moins guéri. Il va vous demander les moyens de n'y pas retomber, ou, s'il ne vous les demande pas, vous allez tout de même, par acquit de conscience et par devoir, les lui dire.

La plupart des moyens prophylactiques ne seront en somme qu'un diminutif de la con-

duite thérapeuthique que nous avons conseillée à l'égard des causes prédisposantes et provocatrices. Car, même le malade guéri, celles-ci demeureront toujours, plus ou moins latentes, prêtes à agir pour provoquer un nouvel accès. Il faudra donc, d'une façon générale, que le malade organise sa vie en vue d'éviter les conditions dépressives.

D'abord, il prendra le plus possible de grand air. A cet égard, l'habitude qui s'étend de plus en plus dans toutes les classes de la société, de faire une villégiature annuelle, est éminemment favorable et maintes fois fait échapper aux crises pendant le reste de l'année. Après les vacances, en automne, il y a toujours moins de neurasthéniques qu'au printemps.

Il est évident que l'existence à la campagne serait préférable pour tous les prédisposés. Aussi, si le malade peut changer de résidence, tel qu'un fonctionnaire par exemple, on lui conseillera de demander un poste en province où l'air des champs lui vaudra mieux que l'atmosphère poussiéreuse et enfumée de Paris.

Le malade fera bien de se rendre compte de la capacité exacte de ses forces. Faites-lui

comprendre qu'il doit limiter son travail, s'arrêter toujours dès l'apparition de la fatigue, pratiquer partout l'économie de l'effort. Que ses heures de repos soient longues, qu'il se couche tôt et se lève tard. Qu'il se soumette à la sieste après les repas, après le déjeuner surtout, afin de couper la journée par une heure d'immobilité et de détente. Qu'il se résigne, en un mot, à se modérer, à se mesurer, sachant que son organisme n'est capable que d'une quantité d'activité amoindrie.

Contre la prédisposition dépendant d'une débilité générale, on utilisera les moyens que j'ai indiqués : suralimentation, massage, frictions, toniques généraux, fer, arsenic, opothérapie, etc. Le malade fera bien de temps en temps de se soumettre à ces médications.

Contre l'arthritisme, le régime spécial, les étuves sèches, les purgatifs, les journées de jeûne devront être continuées régulièrement. Une cure annuelle à Vichy, Vittel, Contrexéville, Aix-les-Bains, etc., contribuera à combattre la déviation de la nutrition.

Les causes provocatrices exigent aussi des précautions permanentes.

Le tuberculeux, le syphilitique, le paludique soigneront ces affections pour des mo-

tifs d'ailleurs plus impérieux que le motif nerveux.

La neurasthénie de croissance sera traitée par les moyens que j'ai indiqués, jusqu'au terme du développement.

Celle de la ménopause sera combattue par l'opothérapie ovarique jusqu'à la fin des troubles du retour d'âge.

Celle de la déchéance sénile inspirera au médecin tous les conseils de modération qui conviennent ici.

Mais surtout, il faudra veiller à l'hygiène alimentaire.

Celui qui, une première fois déjà, est tombé dans la neurasthénie par la faute de son tube digestif, devra, quoi qu'il lui en coûte, s'astreindre à suivre sans écarts les régimes que j'ai indiqués contre la dyspepsie gastrique, l'entérite. Il devra aussi combattre avec soin la constipation.

Enfin, le malade devra faire en sorte d'éviter toutes les émotions dépressives. Qu'il s'organise une existence calme, simple, réglée. Qu'il ne se risque pas dans des affaires compliquées, dans des projets aventureux, dont les soucis et les secousses abattraient son système nerveux et le mettraient dans l'incapacité de pous-

ser ses intentions jusqu'au bout. Sa santé physique et morale est à ce prix.

Quant aux symptômes et aux complications qui survivent à l'état neurasthénique, ils seront traités par les moyens appropriés jusqu'à leur guérison.

Grâce à toutes ces précautions, à cette sagesse de vivre, le prédisposé à la neurasthénie aura des chances de ne pas retomber à nouveau dans son mal. Mais combien de fois ces conseils de prudence sont-ils suivis?

CHAPITRE XIII

LE DEGRÉ DE CURABILITÉ D'UN NEURASTHÉNIQUE RÉSULTATS OBTENUS PAR LE TRAITEMENT

Nous allons étudier du même coup le degré de curabilité d'un neurasthénique et les résultats obtenus par le traitement. Ils se tiennent en effet étroitement, puisque ceux-ci sont la confirmation et le contrôle vivants de celui-là.

Voyons d'abord le **degré de curabilité** d'un neurasthénique. L'analyse que nous avons faite de la pathogénie va nous rendre la tâche facile. Il apparaît de suite que ce degré va dépendre de deux facteurs : les causes occasionnelles, la prédisposition du malade.

Toutes choses égales d'ailleurs, une neurasthénie sera d'autant plus difficile, d'autant plus laborieuse à guérir que ses causes provocatrices seront plus graves, plus durables, plus tenaces. Et nous voyons de suite ici les différences considérables existant à cet égard entre les diverses causes provocatrices.

Il en est de profondes, d'incurables : telles sont toutes les affections chroniques épuisant lentement l'organisme, le détruisant jusqu'à la mort : cancer, tuberculose, diabète, mal de Bright, maladie bronzée, etc. Dans tous ces cas, l'incurabilité de l'état neurasthénique, liée au pronostic fatal de l'affection fondamentale, est évidemment absolue. Personne n'aurait la prétention de triompher d'un épuisement de ce genre.

Mais tout en reconnaissant qu'un tel patient ne saurait être guéri, je dois déclarer aussi que bien des fois je suis parvenu à une sensible amélioration. Chez nombre de tuberculeux, de diabétiques neurasthéniques, j'ai obtenu un retour de force, de vigueur, d'énergie qui ont pu donner un instant l'espoir d'une guérison. Sans doute, celle-ci n'est pas venue, mais je crois que même dans ces cas désespérés, la thérapeutique peut et doit intervenir en

raison de l'amélioration souvent considérable qu'elle peut donner.

Puis viennent des causes qui, sans être théoriquement incurables, nous opposent cependant une résistance parfois étonnante. Tels sont certains troubles digestifs, certaines dyspepsies gastriques, certaines entérites, qui malgré les régimes les plus sévères et les plus savants persévèrent désespérément. Vous avez amélioré votre malade, vous le croyez sur le chemin de la guérison, tant viscérale que nerveuse, et puis subitement voici qu'il retombe, qu'il fait une rechute de troubles organiques, et naturellement la dépression nerveuse ne manque pas de suivre.

Un surmenage continu, nécessité par les exigences d'une vie professionnelle, contribue aussi à entretenir un état neurasthénique contre lequel tous les efforts thérapeutiques vont presque sûrement échouer. Il est bien évident que, malgré tous les toniques, tous les régimes que nous pouvons prescrire à un individu qui dépense chaque jour plus qu'il ne possède de capital d'énergie, celui-ci ne parviendra jamais à atteindre le niveau normal de sa force nerveuse.

De même, des intoxications variées, alcool, tabac, morphine, qui ne sont point suspendues, mettent un obstacle presque infranchissable à la guérison.

Certaines conditions morales, très difficiles à supprimer, viennent aussi nous opposer leurs difficultés. Tel est le cas de ces sujets, dont la situation matérielle est précaire, sans cesse persécutés par les soucis d'argent, avec un avenir douloureusement incertain. Tel est le cas de ce mari et de cette femme vivant en mauvaise intelligence, toujours en désaccord et en dispute, où chaque contact de la vie conjugale est un prétexte à émotions. Tel est le cas enfin de ces êtres accablés par un chagrin sans remède, un deuil sans oubli, un regret sans espérance. J'ai soigné récemment une dame qui en l'espace de quelques mois avait perdu successivement sa mère, son mari, ses deux enfants. Toute seule, dans sa maison vide, elle pleurait, inconsolée. Que peut un traitement médical pour guérir ces secousses émotives? Son rôle se réduit à atténuer dans la plus large mesure la dépression physique, à prêcher la patience et la résignation, en attendant que le temps accomplisse son œuvre de guérison naturelle.

Enfin, particulièrement rebelles à toute thérapeutique sont ces accès de neurasthénie survenant sans motifs et disparaissant de même, que j'ai nommés neurasthénie intermittente. Il y a là un mécanisme inconnu, mystérieux, qui nous échappe entièrement et contre lequel nous restons trop souvent désarmés.

En revanche, tous les états occasionnels, provoqués par une cause franche, nette, évidente, qui a cessé d'agir, peuvent et doivent guérir vite et bien. Nous en reparlerons tout à l'heure.

Mais à côté de la cause provocatrice, la prédisposition du malade joue un rôle plus important encore pour son pronostic, pour sa curabilité.

Nous avons vu que la neurasthénie n'est en définitive que le produit d'une propriété normale du système nerveux, la fatigabilité, qui se trouve exagérée d'une façon pathologique par une défectuosité constitutionnelle. La tendance à devenir neurasthénique sera donc directement liée, toutes choses égales d'ailleurs, au degré même de cette fatigabilité.

Si l'on peut admettre, au moins en théorie, que toute neurasthénie constituée suppose chez le malade un degré, si léger qu'il soit, de prédisposition, qu'un sujet non prédisposé n'échouerait jamais dans la neurasthénie, mais réagirait vite contre toutes les causes déprimantes, il n'en est pas moins vrai que chez nombre de sujets cette prédisposition est réduite à un minimum, pratiquement négligeable. Ce sont ces mêmes sujets, devenus neurasthéniques pour des causes curables ou qui ont cessé d'agir, qui doivent guérir vite et bien.

Chez d'autres, la tare est plus lourde, et partant, la guérison plus incertaine.

Chez d'autres enfin, la tare est particulièrement profonde et grave : la guérison est impossible.

La constitution du malade est donc le grand écueil de la thérapeutique. Si tout ce qui est acquis dans une névrose peut guérir, tout ce qui est constitutionnel demeure irrémédiablement incurable. Et rien de plus aisé à comprendre. Les tares natives du système nerveux et du cerveau, les déséquilibres des fonctions psychiques, pour être invisibles et intangibles, n'en sont pas moins matérielles

et réelles que les stigmates somatiques apparents de la dégénérescence. Vouloir transformer le tempérament d'un neurasthénique constitutionnel, d'un anxieux-né, serait une prétention aussi ambitieuse que de corriger une asymétrie cranienne, des malformations des oreilles ou des dents. Contre une telle tâche, les ressources médicales échouent.

Et ainsi, si nous combinons ces deux facteurs, cause provocatrice et prédisposition, nous arrivons pratiquement à plusieurs catégories de malade dont le degré de curabilité et le pronostic sont très différents.

1° Le sujet à prédisposition légère, devenu neurasthénique pour une cause curable, peut et doit guérir vite et bien. Chez lui, le traitement produit la guérison dans un délai de 10 à 15 jours, comme je l'ai déclaré dans mon précédent ouvrage : « Une semaine ou deux de cure suffisent, écrivais-je, à remonter le potentiel nerveux des sujets les plus déprimés, lorsqu'ils ne sont pas trop héréditairement tarés. » Je n'ai rien à changer aujourd'hui à ces termes, et toutes mes observations nouvelles, recueillies depuis quatre années, n'ont fait qu'en confirmer l'exactitude.

J'ajoute que sauf retour de la même cause pathogène, qu'une hygiène prophylactique enseignée au malade aura d'ailleurs pour mission d'éviter, les récidives sont peu probables.

Vous pourrez donc dire à votre malade : « Oui, je vous guérirai, si vous consentez à suivre fidèlement et scrupuleusement mes conseils. Votre traitement durera deux semaines au plus, au bout desquelles vos symptômes auront disparu, et vous n'aurez plus qu'à prendre quelques précautions pour consolider la cure. Quant aux récidives, si vous suivez les règles d'hygiène que je vous indiquerai, elles seront évitées.

2° Le sujet à prédisposition légère, mais devenu neurasthénique pour une cause grave et incurable, ne peut être entièrement guéri.

Est-ce à dire qu'il faille renoncer à traiter ces malades? Assurément non. Même impuissant à procurer une guérison complète, le traitement rendra toujours des services appréciables. Diminuant les symptômes neurasthéniques, il rend la vie plus supportable au patient. Remontant l'énergie nerveuse, il aide, dans une certaine mesure, à l'amélioration de l'état général, chez les tuberculeux, les diabétiques, les brightiques, etc.

J'ai obtenu à cet égard des résultats remarquables et je suis convaincu que dans maintes circonstances, en relevant le potentiel nerveux, on assure au malade une durée de survie qui a son prix. Enfin, chez les déprimés par causes morales, il soutient la volonté, la persévérance, le courage, et permettant au malade de faire face à ses soucis et à ses chagrins, il permet du même coup d'espérer que, le temps consolateur accomplissant son œuvre, vienne un jour où la douleur étant usée, les ressources de l'organisme reprenant le dessus, le malade finira par aboutir à cet état de résignation indifférente qui est la convalescence des maladies morales.

Sans promettre la guérison prompte à ces patients, il faut toujours en entretenir l'espoir, parce que l'espérance est un des plus puissants leviers dont dispose le médecin et qu'il doit en user jusqu'au bout.

3° Le sujet à prédisposition moyenne, qui n'est pas déprimé dans l'intervalle des accès, peut être complètement guéri de sa crise, mais il restera toujours enclin aux récidives.

Promettez-lui donc la guérison de sa neurasthénie présente : mais mettez-le en garde

contre les neurasthénies futures. Ce malade, plus que tous les autres, en raison même de sa fragilité nerveuse, doit durant toute son existence pratiquer certaines règles de prophylaxie et d'hygiène neuro-psychiques, propres à ménager son système nerveux et à le mettre à l'abri de nouvelles dépressions. Faites-lui bien comprendre qu'il est un délicat, un fragile, qu'il doit vivre en conséquence et que sa santé pour l'avenir est à ce prix.

4° Le sujet à prédisposition grave, toujours fatigué et déprimé, peut être soulagé de ses accidents aigus, mais non affranchi de son état chronique. Il est très difficile également, sinon impossible, de faire disparaître chez lui les autres troubles névropathiques dont il souffre.

Soignez donc ces malades de votre mieux, mais sans vous illusionner sur l'espérance d'une guérison brillante et définitive. Et ne les illusionnez pas eux-mêmes. Aussi, lorsque j'entreprends de les traiter, si je leur promets, sous quelques réserves, une amélioration relative, je m'empresse d'ajouter : « Tout ce que je puis faire, c'est de vous rendre tel que vous étiez avant votre accès actuel :

espérer davantage serait une erreur : il faudrait pour cela transformer votre constitution, votre tempérament, votre caractère, et cette œuvre est au-dessus de nos ressources actuelles. »

Mais si quelques malades se résignent à accepter philosophiquement cette vérité, ce verdict sévère, il en est quelques-uns qui se révoltent et ne l'accueillent pas sans mauvaise humeur. Ceux-là partent en guerre contre la médecine et les médecins, nous accablent de reproches amers, proclament l'inutilité de notre rôle, l'ignorance des médecins, la faillite de la science.

Autrefois, lorsque j'étais plus novice, je me reprochais alors de ne pouvoir guérir chaque malade et j'étais tenté de m'accuser moi-même de mes insuccès. Maintenant, que je suis éclairé par l'expérience, je me rends bien compte que s'il est un responsable, ce n'est pas le médecin, c'est le malade, et que les causes d'échecs sont en lui et non en moi. Car les grands obstacles à sa cure, il les porte en lui-même; c'est sa constitution défectueuse, son tempérament morbide, ce sont les tares de son système nerveux qui font de lui un déséquilibré et un anormal.

Dans les quelques circonstances où j'ai dû subir un tel assaut, je n'ai pas hésité à riposter, et puisqu'on attaquait la vérité, je l'ai révélée jusqu'au bout. J'ai dit alors au malade : « Ce n'est pas au médecin, ce n'est pas à la médecine, qu'il faut reprocher votre incurabilité. C'est à vous-même, ou mieux encore à vos ascendants, à ceux qui vous ont légué toutes les séquelles de leurs maladies acquises, les conséquences de leur gourmandise, de leur mauvaise hygiène, de leurs mariages mal assortis et dictés par des motifs d'intérêt, des convenances d'argent. Là est la véritable cause de votre incurabilité, et non pas dans notre ignorance. Nous ne possédons que des moyens humains : pour vous guérir, il faudrait des moyens surhumains, une transformation complète de votre corps et de votre cerveau. Pourquoi ceux qui vous ont fait vous ont-ils mal construit ? Vous êtes une machine manquée : il faut vous en prendre à vos créateurs, et non pas au réparateur qui ne peut remédier à des vices de fabrication ! »

Ainsi, je riposte par des vérités qu'il est parfois soulageant de dire. Et laissez-moi, dans ce même ordre d'idées, rappeler un mot

qui m'a été conté par un de mes éminents collègues, un des maîtres de la psychiatrie française. Ce professeur recevait un jour dans son cabinet un monsieur hautain et prétentieux, gonflé de cette morgue des sots, et qui lui amenait son fils, jeune garçon très arriéré, auquel il demandait tout simplement au médecin d'infuser de l'intelligence. Et sur le pronostic décourageant, le monsieur de s'écrier : « Mais alors, docteur, à quoi donc servent votre science et vos titres, si vous n'êtes même pas capable d'améliorer mon fils ? » Et le professeur de répliquer : « Elle me sert, Monsieur, à vous dire que si vous n'aviez pas eu la syphilis, votre fils ne serait pas idiot ! »

5° Enfin, le sujet à accès périodiques, survenant sans motifs, ne peut être guéri par aucun traitement de sa crise. Par bonheur, celle-ci guérit en général spontanément. Mais il faut savoir que le retour d'accidents semblables est la règle.

Tentez donc ici un traitement, mais sans grande espérance, et surtout sans promesses vaines. Et si, au bout de quelque temps, aucune amélioration n'apparaît, ne persévérez pas, en annonçant au sujet sa guérison spontanée dans l'avenir.

Malgré ces indications, aussi précises que possible, il y a bien des cas où vous serez embarrassés de formuler un pronostic. Dans ces cas, il n'y a qu'une ressource pour vous renseigner, vous-même et le malade : l'épreuve thérapeutique. Appliquez le traitement et voyez ce qu'il donne.

A cet égard, la strychnine peut nous fournir des indices utiles. La strychnine est non seulement un agent thérapeutique remarquable, mais elle sert aussi de réactif pour le pronostic. Si le sujet réagit, se sent mieux après l'injection, on peut espérer la guérison à brève échéance. Ainsi, j'ai pu annoncer la guérison de sujets, malgré leur dépression profonde, d'après l'euphorie provoquée par le médicament. Au contraire, si le sujet ne réagit pas, le pronostic doit être réservé et il faut se garder de promettre la guérison.

*
* *

Je voudrais maintenant rapporter quelques observations à l'appui de toutes les considétions précédentes et qui en viennent fournir la confirmation vivante en nous montrant les **résultats du traitement.**

Me plaçant au point de vue de ces résultats thérapeutiques obtenus, je diviserai ces observations en trois classes :

I. Les malades neurasthéniques complètement guéris.

II. Les neurasthéniques seulement améliorés.

III. Les neurasthéniques réfractaires à tout traitement.

L'intérêt résidant ici non dans la symptomatologie clinique, mais dans les effets du traitement, je résume ces observations pour n'en conserver que les éléments essentiels.

I. — MALADES COMPLÈTEMENT GUÉRIS.

Deux conditions, nous l'avons vu, pour qu'un accès de neurasthénie guérisse complètement : c'est, d'une part, que le malade ne soit pas trop fortement prédisposé, d'autre part, que la cause occasionnelle de sa dépression soit accessible et curable par nos moyens.

Dans cette classe rentrent tous les malades, assez normaux par ailleurs, pas trop névropathes ni déséquilibrés, chez lesquels du surmenage, des émotions passées, des troubles

digestifs, génitaux, urinaires curables, une convalescence de maladie infectieuse, telle que la grippe, un affaiblissement momentané, ont produit l'accès de neurasthénie.

Mais dans cette classe nous devons admettre encore deux subdivisions :

Celle des malades qui ont guéri complètement, sans récidive;

Celle des malades qui ont guéri complètement, mais qui ont subi ultérieurement de nouveaux accès de neurasthénie.

Ces récidives peuvent dépendre, il est vrai, des événements occasionnels, du genre de vie menée par le malade qui le placent plus ou moins dans des conditions déprimantes, mais elles tiennent surtout, nous l'avons vu, au degré de résistance du système nerveux. Si un système nerveux très résistant ne fléchira que d'une façon exceptionnelle pour des causes très graves, un moins résistant se laissera déprimer par des causes plus banales : période de surmenage, soucis plus aigus, imprudences alimentaires, etc. Rien d'étonnant alors à ce que ces prédisposés d'un degré moyen retombent plus aisément dans la neurasthénie. C'est ce que vont nous montrer les exemples cliniques que je rapporte.

A. — *Sans récidives.*

Tous les malades classés sous cette rubrique ont été suivis depuis leur guérison jusqu'à maintenant. Celle-ci remontant à plusieurs années, il m'est permis d'affirmer l'absence de récidives.

I. — M. C..., 35 ans, vient me consulter en avril 1903 pour un état de fatigue, de tristesse, de découragement, avec insomnie et émotivité exagérée.

J'apprends que, depuis 18 mois, il s'est livré à un surmenage intense pour la préparation d'un concours administratif. Il y a 3 mois, échec à ce concours. Depuis, sa dépression est profonde. Il ne mange plus, ne dort plus et a dû cesser son travail.

Je le soumets à un traitement reconstituant énergique. Repos prolongé, suralimentation, strychnine, psychothérapie appropriée.

Au bout de 12 jours il est guéri et reprend ses fonctions.

II. — Mlle C..., étudiante, 22 ans, devient neurasthénique à la suite de préparation aux examens. La fatigue et la dépression sont profondes. Non seulement elle a dû cesser

ses études, mais elle est incapable même de lire un journal.

Au bout de 10 jours de traitement, elle est complètement guérie et reprend son travail (avril 1905).

III. — M. X..., financier, vient de perdre dans une spéculation malheureuse toute sa fortune ainsi que celle de sa femme. Son désespoir, son découragement, son abattement sont inexprimables. Une anxiété continuelle l'étreint à la gorge et des larmes montent sans cesse à ses yeux. C'est en pleurant qu'il m'expose sa situation, aussi triste pour le passé que pour l'avenir, car, dit-il, une position convenable qui lui est offerte et lui permettrait de refaire rapidement sa fortune va lui échapper, car il est incapable, à cause de sa neurasthénie, de fournir le travail et l'énergie nécessaires.

J'applique un traitement physique et moral. Deux semaines plus tard, mon malade, ayant retrouvé sa volonté et ses aptitudes, entre dans ses nouvelles fonctions qu'il exerce courageusement depuis lors (juin 1904).

IV. — M. P..., 38 ans, traverse une crise de dépression, qui l'affecte surtout par l'affaiblissement de ses fonctions viriles. Guérison

au bout de 10 jours de traitement (février 1905).

V. — M. B..., 52 ans, fonctionnaire, vient me trouver le 8 décembre 1910, pour un état de dépression qui dure depuis 4 ans. Fatigue continue, plus marquée le matin au réveil. Courbature douloureuse, céphalée en casque. Répugnance à tout effort, physique ou intellectuel. Tristesse, ennui, inquiétude, pusillanimité. Diminution de la mémoire et de l'attention. Insomnie.

A l'examen, dilatation d'estomac. Ce malade a déjà subi diverses cures, notamment par la psychothérapie persuasive, sans résultat.

Je prescris régime sec, repos après les repas, long séjour au lit, eau de Vichy chaude le matin, je fais injections de strychnine et de codéine et psychothérapie.

Le 10 décembre, va déjà un peu mieux. Le 15 décembre, n'a plus de courbature. A bien dormi. Le 20 décembre a chanté pour la première fois depuis longtemps. Le 23 décembre, journée parfaite, sans aucun trouble. Le 25 décembre se considère comme guéri.

VI. — M. S..., 46 ans, est tombé dans la dépression à la suite de gros chagrins de famille.

Fatigue, tristesse, émotivité exagérée. Mauvaise alimentation. Insomnie. Guérison obtenue en deux semaines (oct. 1907).

VII. — Mme A..., commerçante, souffre depuis 6 mois de dépression, d'idées tristes, d'insomnie que j'attribue à une mauvaise hygiène alimentaire. Elle est guérie en 8 jours (fév. 1907).

VIII. — M. C..., 36 ans, à la suite de chagrin, souffre de dépression, d'anorexie, d'insomnie. Au bout de 10 jours, il mange, dort, a retrouvé sa capacité au travail (janv. 1907).

IX. — M. R. H..., 26 ans, est neurasthénique depuis 7 ans, à la suite de surmenage scolaire, dit-il. Céphalée occipitale très pénible. Fatigue au matin, insomnie, difficulté au travail. Guéri en 10 jours (déc. 1908).

X. — On m'amène, le 18 novembre 1910, une jeune fille de 17 ans, grande, pâle, maigre, profondément déprimée, au point que je pense à un accès de mélancolie. Je donne régime sec, repos prolongé, fer, arsenic, strychnine. Le 28 novembre elle va déjà beaucoup mieux. Le 2 décembre, elle va mieux encore. Le 7 décembre, surviennent les règles qui avaient disparu depuis 6 mois.

Le 15 décembre elle va tout à fait bien. En mars je revois la malade qui se dit guérie et a gagné 5 kilogrammes.

XI. — M. C..., officier, 27 ans, croit à tort sans doute avoir eu la syphilis il y a 4 ans et, ayant vu mourir il y a six mois un syphilitique de paralysie générale, s'affecte de cet exemple et tombe dans une dépression profonde. Fatigue, céphalée, faiblesse générale, vertiges, troubles digestifs. Tristesse, inquiétude, ennui, insomnie. Son médecin le met au régime végétarien et il va de plus en plus mal. Il est incapable de faire son service et a dû demander un congé. Il a maigri de 12 kilogrammes depuis 6 mois.

Je prescris régime sec, eau de Vichy, suralimentation par les œufs, boisson sucrée. Repos prolongé. Injection quotidienne et séance de psychothérapie.

Au bout de 3 jours de traitement (18 mars) le malade dort bien, n'a plus ni céphalée, ni vertiges. Le 23 mars, n'a plus de fatigue; gaieté. Le 19 avril, le malade a engraissé de 1 kilogramme et demi. Va bien, guéri.

XII. — Mme B..., à la suite d'une cure minérale trop sévère accompagnée d'un régime alimentaire insuffisant, devient neu-

rasthénique. Troubles du caractère, tristesse, irritabilité, etc. Guérison en 8 jours.

B. — *Avec récidives.*

XIII. — M. Q..., 26 ans, architecte, a déjà traversé une première crise de neurasthénie, en 1905, à la suite de surmenage. Il en a guéri après 6 mois de repos. En 1907, deuxième crise, pour la même cause, que je guéris en 2 semaines de traitement. Il y a 4 mois, dut fournir une nouvelle période de surmenage. Il revient aujourd'hui (30 septembre 1908) avec sensation de vide cérébral, fatigue, difficulté de l'attention, incapacité de travail. Je le guéris encore une fois.

XIV. — M. P..., 46 ans, se surmène dans son travail et en outre a une hygiène alimentaire déplorable : repas à heures variables, mastication insuffisante, alcool. De là, dépression, fatigue, émotivité. Je le guéris en 8 jours (mars 1907). Mais l'année suivante, ayant repris ses mauvaises habitudes, rechute. Je le guéris de nouveau. En 1910, nouvelle rechute, nouvelle guérison. Tant que ce malade ne voudra pas s'astreindre à

une hygiène physique et mentale sévère, il n'échappera pas à ces rechutes.

XV. — M. F..., 38 ans, eut il y a 6 mois (décembre 1908), à la suite de surmenage et de soucis, des vertiges et même une syncope. Dépression, angoisse, irritabilité. Estomac dilaté, foie gros et sensible. Je le soumets au traitement et il guérit.

Mais en 1909, nouveaux soucis et retour des troubles digestifs; rechute nerveuse. Nouvelle guérison.

En 1910, réapparition des mêmes accidents. Nouveau traitement avec succès.

XVI. — Mme T..., 29 ans, est une femme de fonctionnaire qui s'ennuie mortellement dans la petite ville de province où elle est condamnée à vivre. Sa structure délicate la prédispose à la neurasthénie : elle ne manque pas d'y sombrer. Je la guéris une première fois, en 1910, mais peu à peu, au bout de quelques mois, son système nerveux fléchit de nouveau sous l'ennui qui l'accable. Nouvelle guérison. Ces récidives ne seraient évitées que par un changement de résidence.

XVII. — Mme F... est sujette aux accès d'entérite muco-membraneuse survenant au printemps, sans doute à la suite des séries

de dîners en ville. Chaque fois que l'entérite se déclare, elle s'accompagne de dépression, tristesse, sauvagerie d'humeur, inquiétude, etc., etc. Je guéris l'accès par le traitement de l'entérite et la thérapeutique nerveuse. Mais les récidives sont inévitables tant que la malade fera des écarts alimentaires.

XVIII. — Rien n'est épuisant comme l'existence d'une femme du monde dont la journée est absorbée tour à tour par des toilettes minutieuses, des essayages chez les couturières, les thés de cinq heures, les réceptions, les dîners en ville, le théâtre, les soirées, les soupers au cabaret. L'homme le plus robuste deviendrait neurasthénique à ce train de vie; et si la plupart de nos Parisiennes sont atteintes de cette névrose, il est vraiment surprenant qu'elles ne le soient pas davantage.

Mme M... paye un large tribut à la neurasthénie. Réveils pénibles et lassés du matin, fatigue continuelle, angoisses, peur de la solitude, troubles digestifs, insomnie, tous les symptômes de l'épuisement nerveux concourent à ses malaises. En outre, certains signes qui altèrent sa beauté, comme les yeux cernés et ternes, le teint brouillé, les

traits tombants, sont infiniment douloureux à sa coquetterie.

Elle vient recevoir chez moi, pendant quelques jours de suite, le traitement quotidien, et bientôt reprend tout son éclat en même temps que s'évanouissent les stigmates neurasthéniques.

Mais bientôt, sous l'influence de sa vie mondaine, la lassitude peu à peu réapparaît.

Cette malade restera toujours sujette aux accès de neurasthénie récidivante tant qu'elle ne renoncera pas à un mode d'existence trop intensive pour ses forces nerveuses.

II. — MALADES SEULEMENT AMÉLIORÉS.

Les obstacles à la guérison complète de l'état neurasthénique proviennent soit d'une fatigabilité trop grande du système nerveux, tare constitutionnelle, soit d'une cause provocatrice, irrémédiable par nos moyens thérapeutiques.

Nous allons retrouver ces conditions dans les observations suivantes :

XIX. — Mme G..., 28 ans, est une chétive, une débile. Elle souffre depuis sa puberté de lassitude continue, avec un état mental de

tristesse, d'ennui, d'impressionnabilité excessive.

Malgré un traitement reconstituant très énergique qui diminue ces symptômes, je ne parviens pas à les faire disparaître complètement.

XX. — M. F..., 36 ans, est atteint de tabes incipiens à évolution très lente : douleurs fulgurantes, crises gastriques, abolition des réflexes, etc. Il souffre en outre d'un état neurasthénique, avec angoisse et phobies variées.

Je parviens momentanément à l'améliorer sous l'influence du traitement, mais peu à peu sa dépression s'accentue de nouveau. J'ai recommencé à plusieurs reprises des cures successives sans parvenir jamais à faire disparaître entièrement les symptômes dépressifs.

XXI. — Mme M... est atteinte de tuberculose osseuse avec état dépressif. Chacune de mes cures reconstituantes produit une amélioration très marquée des phénomènes nerveux ; mais jamais je n'ai pu produire un retour à l'état normal.

XXII. — M. P... est un grand neurasthénique constitutionnel, avec troubles de l'émotivité,

angoisses, phobies, obsessions, doutes, scrupules. Il vit dans un état de dépression, de lassitude, de tristesse, de misanthropie chronique. Mon traitement l'améliore momentanément, mais peu après, il retombe dans son état d'asthénie qui est pour lui, la normale.

XXIII. — Mme K... a perdu, en l'espace de quelques mois, son mari, ses deux enfants et sa mère. Dans sa maison vide, elle demeure toute seule dans un état d'accablement et de douleur profonde. Le traitement l'améliore momentanément, mais ne parvient pas à la tirer hors du puits de tristesse où elle est emprisonnée.

III. — MALADES COMPLÈTEMENT INCURABLES.

A cette catégorie, appartiennent les grands neurasthéniques constitutionnels, qui ne réagissent même pas sous l'influence d'une médication tonique, les neurasthéniques intermittents qui font des accès de dépression périodique sans cause apparente, enfin les déprimés pour une cause organique fatale, telle que la tuberculose ou la paralysie générale. En voici quelques exemples :

XXIV. — M. W... est un neurasthénique-né,

affligé d'une foule de troubles psychonévropathiques : phobies, impulsions, instabilité du caractère, etc.

Il vient me demander de le délivrer de sa fatigue, de son incapacité au travail. Vingt jours de traitement ne produisent aucun résultat. Il est inutile d'insister.

XXV. — M. D..., 25 ans, très dégénéré, crâne asymétrique, caractère difficile, se plaint d'être toujours fatigué, de perdre la mémoire, d'être inapte au travail. Il souffre aussi de troubles digestifs que j'améliore par le régime. Malgré cette amélioration et un traitement neuro-tonique, aucune modification dans son état nerveux.

XXVI. — M. P..., 53 ans, a toujours été fatigué : tristesse, inquiétude, phobies, idées de suicide, manies impulsives. Les nombreux traitements qu'il a essayés n'ont produit aucun résultat. Je me heurte à la même incurabilité.

XXVII. — M. D..., 27 ans, petit, chétif, faible d'esprit, accuse depuis la puberté une sensation de fatigue continue, des algies diverses, de la céphalée, de l'incapacité au travail.

Tous ces symptômes sont réfractaires à tout traitement, quel qu'il soit. Quant à la psycho-

thérapie, il ne semble même pas comprendre les paroles que je lui prodigue.

XXVIII.—M. Z..., 35 ans, jaune, maigre, le visage ridé et précocement sénile, est atteint depuis l'âge de 16 ans de fatigue, dépression, rumination triste, apathie, aboulie. Tous les traitements multiples essayés n'ont produit aucune amélioration.

XIX. — Mme X..., 40 ans, a eu il y a 8 ans un premier accès de dépression survenu sans motif, qui a résisté à tous les traitements et qui a disparu spontanément au bout de 10 mois. Quatre ans après, nouvel accès, sans motif, qui dure également 10 mois. Il y a 2 ans, troisième crise qui persiste encore. Je la traite sans aucun résultat, et lui conseille d'attendre patiemment la fin de l'accès qui surviendra spontanément.

XXX. — M. M..., 70 ans, subit depuis 1870, des accès de dépression simple survenant sans motif à dates irrégulières et durant 1, 2 ou 3 mois, pour disparaître spontanément et rapidement. L'accès actuel dure depuis 2 ans : dépression, fatigue ; sommeil et appétit conservés. Aucun résultat thérapeutique.

XXXI. — M. F... a eu il y a 18 mois un ictus apoplectique. Depuis, dépression, fa-

tigue, tristesse, émotivité exagérée. Rebelle à tout traitement.

XXXII. — M. Y..., 42 ans, m'est envoyé avec le diagnostic de neurasthénie. Je l'examine soigneusement et, ne trouvant aucun symptôme somatique, conseille un traitement rationnel. Au bout de 15 jours, aucune amélioration. J'engage alors le malade à se reposer pour reprendre une nouvelle cure un mois plus tard. On me le ramène à la date fixée et je constate alors un très léger embarras de la parole et de l'inégalité pupillaire. Le diagnostic de paralysie générale s'impose. Il meurt 6 mois après au cours d'un ictus épileptique.

CHAPITRE XIV

MARCHE A SUIVRE DANS LE TRAITEMENT D'UN NEURASTHÉNIQUE

Ce dernier chapitre ne sera que la synthèse et le raccourci de tous ceux qui précèdent. Nous en dégagerons la conduite thérapeutique du médecin à l'égard d'un neurasthénique.

Le mieux me paraît d'exposer ma propre pratique en cette occurrence.

Tout d'abord, je pose mon diagnostic de neurasthénie en procédant comme je l'ai indiqué au chapitre VI. Je rappelle que ce diagnostic repose sur trois sources de renseignements, auxquels vous faites appel dans trois temps successifs : audition du malade, interrogatoire, examen somatique.

Lorsqu'un malade se présente chez moi, je commence par le prier de me faire le récit de

ses troubles, de me raconter l'histoire de ses misères. Je l'écoute attentivement, tout en l'observant, je l'interromps le moins possible, et seulement pour préciser certains détails qu'il explique mal. Je retiens les principaux éléments de sa confession, qui déjà orientent mon opinion dans un certain sens.

Puis, je l'interroge. Je lui pose toutes les questions que nous avons vues, relatives aux grands symptômes neurasthéniques. Je le questionne également sur les principaux signes d'autres névroses qu'il aurait pu oublier dans son récit.

Ensuite, je l'examine soigneusement, minutieusement, sans me hâter, je passe en revue tous ses organes, je vérifie toutes ses fonctions.

Si quelqu'un de sa famille assiste à la consultation, je l'interroge à son tour sur le caractère du malade, les changements qui s'y sont produits, ses réactions nerveuses, ses habitudes, ses tendances.

Enfin, je conseille de recueillir les urines des 24 heures et d'en faire une analyse complète.

Toute cette étude du malade est assez longue : elle exige, pour être faite sans précipitation, près d'une heure d'entretien. Aussi,

si l'on se sent pressé, est-il préférable de la renvoyer à un rendez-vous ultérieur, où l'on se réservera tout le temps nécessaire. En général, le malade comprend très bien cette précaution et sait gré au praticien de son désir d'exactitude.

Parvenu au terme de mon examen, je prie le malade de se rhabiller. Pendant qu'il se rhabille, je m'assieds à ma table et récapitule mes impressions. Je note sur une fiche les principaux symptômes constatés. Je formule mon diagnostic, surtout le diagnostic causal. Enfin, je réfléchis au traitement.

Il s'agit maintenant de régler ma campagne thérapeutique, car c'est bien ce terme qui convient à un traitement complet qui doit attaquer à la fois les causes, les symptômes, les complications de la névrose.

Je tâche d'abord de bien circonscrire les causes prédisposantes : hérédité, débilité générale, arthritisme, auto-intoxication. Contre l'hérédité nous ne pouvons rien : mais par le repos, la suralimentation, les toniques, la cure d'air, etc., nous pouvons combattre la débilité, comme par le régime sévère, les agents physiques, et nous pouvons combattre les troubles de nutrition.

Voici donc une première catégorie d'indication que nous aurons à formuler.

Puis, je précise la ou les causes provocatrices : dyspepsie, émotions, pour commencer par les plus fréquentes, affection chronique, etc., et chacune d'elles nous impose à son tour des prescriptions correspondantes.

L'asthénie fondamentale va réclamer le traitement par le repos et les toniques nerveux.

Enfin, les symptômes prédominants ou les complications exigeront des interventions particulières.

L'ensemble de ces médications à remplir constitue bien un plan de campagne auquel malade et médecin doivent collaborer pour la réussite. Je le dresse rapidement dans mon esprit et je me dispose à en faire part au patient.

Celui-ci, pendant que je réfléchissais, s'est rhabillé, s'est assis près de moi. Maintenant, il m'écoute et je dois parler.

Je commence par lui dire qu'il est neurasthénique, je lui explique en quelques mots ce qu'est la neurasthénie, pour détruire toutes les idées fausses qu'il pourrait avoir. Je lui affirme que ces troubles exigent qu'il suive

rigoureusement les indications que je vais lui exposer.

Mes prescriptions habituelles sont de trois ordres :

A. — Les prescriptions que le malade aura à suivre chez lui et pour lui. Ce seront toujours :

1° Régime alimentaire approprié soit à la débilité générale (suralimentation), soit à la dysepsie, soit à l'entérite.

2° Repos après chaque repas.

3° Hydrothérapie chaude, soit lotions à l'éponge, soit douches en pluie ou jet brisé.

4° Hygiène générale, longueur du séjour au lit, économie de l'effort, etc. Si le malade est un arthritique, cure d'eaux minérales, étuve sèche, massage, jeûne, purgations, etc.

Tandis que j'expose toutes ces prescriptions, je les écris au fur et à mesure sur une première feuille que le malade conservera pour lui et qui représente le programme de son traitement. J'y ajouterai tout à l'heure les autres prescriptions.

B. — La seconde partie du plan comporte les prescriptions médicamenteuses : fer, arsenic, bromure, opium, chanvre indien, selon les cas. Je les inscris sur une seconde feuille

qui sera l'ordonnance à faire exécuter par le pharmacien.

C. — La troisième partie comporte les applications que je fais moi-même : électrothérapie, injections hypodermiques, psychothérapie.

Ces dernières sont assurément les plus importantes, parce qu'elles me permettent de faire revenir chaque jour le malade, de réaliser le traitement personnel et direct, de poursuivre ma psychothérapie.

Tout ce plan, je l'expose au malade.

Mais, de suite, il me riposte par une question : « Combien de temps va durer le traitement? » La nature même de sa neurasthénie me permet de répondre : s'il s'agit d'une neurasthénie occasionnelle, chez un sujet peu prédisposé, je demande de 10 à 15 jours pour la guérir : et il est rare que je ne tienne pas mon engagement. Si je suis en face, au contraire, d'un prédisposé, ou d'une cause incurable, je fais loyalement toutes mes réserves, je laisse espérer une amélioration, mais je me garde de promettre une guérison définitive.

Ainsi renseigné, le malade accepte ou n'accepte pas mes propositions. Il prend ren-

dez-vous pour le lendemain ou demande à réfléchir.

S'il revient, je répète chaque jour ma tactive curative, adaptant ma conduite et mes paroles aux nécessités du moment.

Chaque fois que je le puis, j'applique un traitement électrique. Alors, au malade confortablement installé dans un fauteuil électrothérapique que j'ai imaginé, je fais et je répète toutes les suggestions rassurantes, encourageantes, curatives dont il a besoin. Je réponds aux questions qu'il me pose, et même à celles qu'il ne me pose pas, et que je devine. Grâce à ces vingt minutes de conversation tranquille, je le tiens en main et conduis son esprit vers la guérison.

J'ajoute que ces séances répétées sont bien souvent nécessaires pour préciser nombre de points qu'un premier examen est insuffisant à éclairer. Dans ces névroses où tout est fait de nuances, on ne saurait trop multiplier les enquêtes et les contrôles.

Enfin, quand le traitement est terminé, je formule et j'écris encore les précautions prophylactiques à suivre pour éviter les récidives.

Telle est la ligne de conduite qu'après bien

des essais et des tâtonnements j'ai adoptée pour soigner les neurasthéniques.

Sans doute, les traitements que je préconise ne guériront pas tous les malades. Mais si l'on veut bien suivre fidèlement mes prescriptions, je crois qu'elles procureront le maximum de résultats que nous puissions obtenir dans l'état actuel de nos ressources thérapeutiques.

CONCLUSIONS

1° On peut considérer comme neurasthénique tout individu souffrant habituellement de *dépression nerveuse simple* (pour le distinguer du mélancolique où la dépression, lorsqu'elle existe, s'accompagne toujours de douleur morale marquée.

2° Les symptômes de la neurasthénie traduisent cette dépression du système nerveux central, dans le domaine corporel par la fatigue, l'asthénie motrice, la frigidité sexuelle, etc., dans le domaine psychique par la diminution de l'attention, de la mémoire, de la volonté, de la capacité du travail, la tristesse, l'ennui, etc.

A ces signes d'insuffisance, il faut joindre les signes d'irritabilité qui en sont le corollaire : hyperesthésie, céphalée, rachialgie,

exagération des réflexes, insomnie, hyperémotivité, etc.

3° On devient neurasthénique pour deux ordres de causes. D'une part, des causes occasionnelles, telles que maladies infectieuses, maladies viscérales chroniques, troubles digestifs, surmenage, émotions, qui ont pour effet d'épuiser ou d'intoxiquer le système nerveux. D'autre part, des causes prédisposantes, tenant toutes à la constitution native, soit qu'il s'agisse d'une débilité générale ou d'une auto-intoxication arthritique qui retentissent sur le névraxe, soit d'une tare nerveuse constitutionnelle relevant de la dégénérescence. Toutes ces causes prédisposantes créent une diminution de résistance du système nerveux qui le rend plus vulnérable aux causes occasionnelles.

4° Ainsi comprise, la neurasthénie doit être considérée comme l'exagération d'une propriété normale du système nerveux : la fatigabilité.

Chez le sujet tout à fait normal, à grande résistance nerveuse, la neurasthénie n'apparaît jamais, parce que l'état de fatigue est rapidement réparé par le repos.

Chez les sujets moins résistants, toutes les

causes extérieures ou intérieures altérant le système nerveux, telles que surmenage, troubles digestifs, intoxications, infections, émotions, troubles inconnus, peuvent créer un état neurasthénique que le repos habituel ne répare plus. C'est le cas des neurasthénies occasionnelles.

Chez les sujets très peu résistants, le seul accomplissement des fonctions organiques, digestion, circulation, respiration, nutrition, exigeant une dépense d'énergie à laquelle le système nerveux ne peut faire face, suffit à entretenir un état de fatigue et de dépression continuel : c'est le cas des neurasthéniques constitutionnels chroniques.

5° Ainsi considérée, la neurasthénie est une affection de nature organique, et tous ses symptômes ne sont nullement autosuggestifs, imaginaires.

6° L'état neurasthénique peut s'accompagner de troubles psychiques variés : phobies, obsessions, autosuggestions, qui en sont, non des symptômes réels, mais des complications survenant chez des prédisposés favorisées par la loi pathogénique que j'ai formulée : « L'état neurasthéniqne exagère toutes les tendances morbides du caractère. »

7° Ainsi, la neurasthénie doit être nettement distinguée des phobies, des obsessions, des autosuggestions, de la mélancolie, de l'hypocondrie.

8° Le traitement d'un neurasthénique doit être triple. D'une part, il doit être pathogénique, combattre toutes les causes prédisposantes ou provocatrices qui ont provoqué l'état de dépression : débilité, arthritisme, troubles digestifs, infections, intoxications, conditions morales, etc.

D'autre part, il doit s'adresser à la dépression fondamentale par le repos et les toniques et à l'état mental par la psychothérapie.

Enfin, il doit combattre plus spécialement les symptômes marqués et tenaces, tels que céphalée, migraines, vertiges, etc., ainsi que les complications secondaires.

9° La curabilité des neurasthéniques est dépendante, d'une part du degré de résistance constitutionnelle de leur système nerveux, d'autre part de la gravité et de la curabilité des causes occasionnelles qui ont provoqué la maladie.

INDEX

Anémie, 101, 199.
Anxiété, 121, 263.
Arthritisme, 102, 200.
Attention (Diminution de l'), 34.
Autosuggestions, 136, 290.
Bourdonnements d'oreilles, 48.
Céphalée, 265.
Chasteté, 82.
Constipation, 218.
Croissance (neurasthénie de la), 73, 207.
Débilité générale, 101, 194.
Dégénérescence, 99.
Dyspepsie, 209.
Électrothérapie, 196, 202.
Émotions, 81, 219.
Ennui, 44.
Entérite, 217.
État mental, 249.
Fatigue cérébrale, 36.
Fatigue musculaire, 12.
Hydrothérapie, 195.
Hyperesthésies, 41.
Hypoesthésie, 38.
Hypochondrie, 133, 287.
Imagination (Diminution de l'), 35.
Impuissance virile, 272.
Irritabilité, 260.
Isolement, 190.
Massage, 197, 201.
Mauvaise humeur, 48.
Mélancolie, 139, 291.
Mémoire (Diminution de la), 35.
Misanthropie, 44.
Obsessions, 121, 282.
Palpitations, 264.
Pessimisme, 44.
Phobies, 121, 282.
Prédisposition, 96.
Psychothérapie, 175, 221, 248.
Régimes alimentaires, 197, 201, 209.
Repos, 226.
Sommeil (Troubles du), 48, 269.
Suicide, 48.
Surmenage, 79, 218.
Toniques, 233.
Tristesse, 41.
Vertiges, 48, 268.
Volonté (Troubles de la), 46.

TABLE

Pages.

AVANT-PROPOS. 1

CHAPITRE PREMIER

Qu'est-ce qu'un neurasthénique? 3

CHAPITRE II

Pourquoi devient-on neurasthénique? 67

CHAPITRE III

Les divers troubles psycho nerveux qui doivent être distingués de la neurasthénie quoiqu'ils se rencontrent souvent chez les neurasthéniques 119

CHAPITRE IV

Comment il faut étudier et examiner chaque neurasthénique. 152

CHAPITRE V

Règles générales pour le traitement des neurasthéniques. 173

CHAPITRE VI

Traitement de la prédisposition. 193

CHAPITRE VII

Traitement des causes provocatrices. 205

CHAPITRE VIII

Traitement de l'asthénie fondamentale. 225

CHAPITRE IX

Traitement de l'état mental. — Psychothérapie . . . 248

CHAPITRE X

Traitement spécial de quelques symptômes. 259

CHAPITRE XI

Traitement des complications. 281

CHAPITRE XII

Prophylaxie. Hygiène préventive. 293

CHAPITRE XIII

Le degré de curabilité d'un neurasthénique. — Thérapeutiques. — Résultats. 300

CHAPITRE XIV

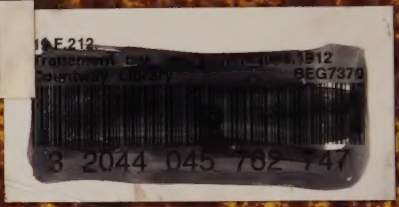
Marche à suivre dans le traitement d'un neurasthénique. 330

Conclusions. 339

Paris. — Typ. Philippe Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 3237

19.F.212.
Traitement des neurastheniques.1912
Courtauld Library
BEG7370
2044 045 762 747

COUNTWAY LIBRARY
HC 543S Q


E 212
1912
9EG7379
3 2044 045 702 747